UNIVERSITE D'ALGER
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
— ANNEE 1972 — N° ..... —

CONTRIBUTION à une ETUDE du CANCER DU NASO-PHARYNX EN ALGERIE

- ASPECTS ANATOMO-PATHOLOGIQUES -

(TRAVAIL EFFECTUE AU LABORATOIRE CENTRAL D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DE CYTOLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE D'ALGER)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le ..... Octobre 1972

PAR

Madame MERED CHOUKRIA
née BEKHECHI

Membres du Jury :

PRESIDENT : Mr. YAKER, Maître de Conférences Agrégé (Anatomie Pathologique)

JUGES : Mr. ABADA, Professeur (Neurologie)

Mr. LEMAIGRE, Maître de Conférences Agrégé (Anatomie Pathologique)

Mr. ZIDANE, Maître de Conférences Agrégé (Histologie et Embryologie)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547006_0004

UNIVERSITE D'ALGER
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
— ANNEE 1972 — N° ..... —

CONTRIBUTION à une ETUDE du CANCER DU NASO-PHARYNX EN ALGERIE

- ASPECTS ANATOMO-PATHOLOGIQUES -

(TRAVAIL EFFECTUE AU LABORATOIRE CENTRAL
D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DE CYTOLOGIE
DU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE D'ALGER)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le ..... Octobre 1972

PAR

Madame MERED CHOUKRIA
née BEKHECHI

Membres du Jury :

PRESIDENT : Mr. YAKER, Maître de Conférences Agrégé (Anatomie Pathologique)

JUGES : Mr. ABADA, Professeur (Neurologie)

Mr. LEMAIGRE, Maître de Conférences Agrégé (Anatomie Pathologique)

Mr. ZIDANE, Maître de Conférences Agrégé (Histologie et Embryologie)

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

A ma famille,

A tous mes amis,

en témoignage de mon affection.

Nous tenons à exprimer notre profonde reconnaissance à Monsieur le Professeur Agrégé Y A K E R pour les encouragements et les conseils qu'il nous a toujours prodigués et particulièrement pendant l'élaboration de ce travail.

Nous adressons nos vifs remerciements à Messieurs

le Professeur ABADA

le Professeur Agrégé LEMAIGRE

le Professeur Agrégé ZIDANE

pour nous avoir fait l'honneur de juger cette thèse;

à Monsieur le Professeur ABDELOUAHAB
Chef de Service d'Oto-Rhino-laryngologie
du C.H.U. ALGER

pour les documents cliniques qu'il a bien voulu mettre à notre disposition.

INTRODUCTION

Le cancer du naso-pharynx fut décrit pour la première fois vers le milieu du siècle dernier (Durand Fardel 1837, Michaux 1847, Lotzbeck 1859). Malgré les innombrables travaux qui ont suivi, ce type de cancer considéré comme rare et limité à certaines régions du monde était encore mal connu jusqu'à ces dernières années. Actuellement cette affection suscite un intérêt certain; les observations se multiplient et les séries rapportées sont de plus en plus importantes dans un grand nombre de pays où ce cancer passait pour inexistant : JAPON, INDE, KENYA, NIGERIA,TUNISIE, etc...

En ALGERIE la présence du cancer du rhino-pharynx a été signalée dès le début du siècle par Moggi qui en 1905 en présente un cas à la Société Médicale d'Alger. Par la suite l'école algéroise s'est illustrée dans l'étude de cette affection mettant en évidence deux syndromes cliniques, le syndrome neurologique et un syndrome beaucoup plus rare le syndrome psycho-encéphalique.

La pratique quotidienne de diagnostic histologique effectué au Laboratoire du C.H.U. d'Alger (*) nous a permis de constater d'une part la relative fréquence du cancer du naso-pharynx en ALGERIE, d'autre part les difficultés de diagnostic parfois insurmontables posées par certaines de ces tumeurs.

(*) Le Laboratoire d'Anatomie Pathologique du C.H.U. d'Alger regroupe les prélèvements de tous les services hospitaliers d'Alger et de la plupart des fomations hospitalières des autres villes du pays à l'exception d'Oran et de Constantine.

Ces deux faits concernant une affection dont le pronostic est particulièrement sombre nous ont paru comme une justification suffisante à une étude anatomo-pathologique du cancer du naso-pharynx dans notre pays.

Les différents points de notre étude sont les suivants :

1°) Tenter d'établir quelques données statistiques (dans la mesure ou l'infrastructure et l'éducation sanitaire le permettent), statistiques concernant l'incidence par rapport aux autres tumeurs malignes, les fréquences selon l'âge, le sexe, la répartition géographique.

2°) Dégager les caractères macroscopiques de ces cancers (siège, aspect ...).

3°) Apprécier leur comportement évolutif depuis le stade initial local à l'envahissement régional et général, ceci à travers une analyse anatomique et symptomatologique.

4°) Faire une mise au point sur l'état actuel des idées concernant l'histopathologie du cancer du cavum, entreprendre une analyse microscopique systématique de notre matériel biopsique et essayer d'aboutir à une classification histologique peu complexe de maniement aisé mais aussi complète que possible.

5°) Enfin aborder le problème de l'histopronostic.

MATERIEL ET METHODE

I - MATERIEL

Constitué par 314 biopsies dont 286 biopsies du cavum et 28 biopsies ganglionnaires cervicales adressées au Laboratoire d'Anatomie Pathologique du C.H.U. d'Alger de Janvier 1963 à Décembre 1967, biopsies adressées pour suspicion de cancer du naso-pharynx.

Ces prélèvements biopsiques proviennent essentiellement :

- du service O.R.L. de l'hôpital Mustapha d'Alger,
- du service O.R.L. du Centre Anticancéreux d'Alger,
- du service O.R.L. du centre hospitalier de Constantine.

Enfin quelques prélèvements ont été envoyés par les hôpitaux de Annaba, Batna, Sidi Bel Abbès, Médéa, Tlemcen.

L'examen histologique de ces biopsies nous a permis d'identifier 200 tumeurs malignes du naso-pharynx que nous avons retenues pour notre étude.

Pour 65 de ces cancers nous disposons des observations cliniques.

Pour 10 de prélèvements faits à la fois sur le naso-pharynx et sur les adénopathies.

II - METHODE

Des recoupes de blocs d'inclusion à la paraffine ont été effectuées dans la plupart des cas.

La coloration standard Hémalun Eosine Safran a été pratiquée pour toutes les biopsies dans un premier temps.

L'imprégnation argentique de la trame réticulinique (coloration de Gordon Sweets) parfois la mise en évidence de la charpente collagène (trichrome de Masson) ont été nécessaires pour les cancers peu différenciés.

Les colorations électives employées sont :

- le P.A.S., le muci-carmin, le bleu alcian, pour la recherche de secrétions mucoïdes.
- Le carmin de Best pour la recherche de glycogène.
- Le Regaud pour la mise en évidence d'une différenciation musculaire.
- Le Fontana pour la mise en évidence de mélanine.

Pour chaque tumeur nous avons procédé à l'observation systématique de :

- l'architecture,
- la cytologie,
- l'activité mitotique,
- du stroma,
- des remaniements,
- de l'infiltration tumorale.

Les documents cliniques nous ont permis de faire une étude anatomique comprenant :

- le siège,
- l'aspect macroscopique,
- l'extension,
- les métastases.

D O N N E E S S T A T I S T I Q U E S

I - INCIDENCE GENERALE

Il nous est difficile d'apprécier l'incidence générale du cancer du naso-pharynx en ALGERIE pour différentes raisons.

1 - D'une part parce que nous n'avons retenu dans notre série que les cancers du naso-pharynx confirmés histologiquement. Une assez forte proportion de cancers du naso-pharynx diagnostiqués cliniquement et traités comme tels restent sans analyse histologique. Pour l'année 1966 nous avons relevé 18 cas sans vérification histologique pour 28 avec diagnostic histologique.

2 - D'autre part il existe deux autres laboratoires d'analyse histologique en ALGERIE, l'un au C.H.U. d'Oran, l'autre au C.H.U. de Constantine qui en principe desservent les régions correspondantes. Cependant le laboratoire de Constantine n'a pas fonctionné pendant les années 1963 et 1964, pendant ce laps de temps tous les prélèvements du C.H.U. de Constantine ont été adressés au laboratoire du C.H.U. d'Alger ce qui explique que nous ayons eu un plus grand nombre de cas pendant ces années là (Tableau I).

TABLEAU I : Nombre de cas de cancers du naso-pharynx par année :

1963	59
1964	56
1965	31
1966	28
1967	27

3 - Enfin l'infrastructure sanitaire de notre pays est encore insuffisante et beaucoup de malades meurent sans diagnostic précis.

Quoiqu'il en soit pendant l'année 1967 nous avons diagnostiqué dans notre laboratoire 27 cancers du naso-pharynx pour :

- 84 tumeurs malignes de la sphère O.R.L.
- 604 tumeurs malignes de toutes origines.

Ce qui donne les incidences de :

- 33,3 % par rapport aux cancers de la sphère O.R.L.
- 4,9 % par rapport aux cancers en général (en 1961 Bréhart en ALGERIE avait estimé cette dernière incidence à 4,7 % et en 1969 Hellal a donné le chiffre de 5,9 % pour l'oranie).

Si cette incidence de 4,9 % semble particulièrement élevée par comparaison aux incidences rapportées dans d'autres pays :

U.S.A.	- Bailar	- 0, 25 %
JAPON	- Mayagi	- 0, 05 %
INDE	- Wahi	- 0, 5 %

Elle est quand même loin d'atteindre les chiffres donnés par Shu Yeh : en CHINE les cancers du naso-pharynx viennent au premier rang des tumeurs malignes chez les hommes avec une fréquence de 23,2 %, au troisième rang chez les femmes après les cancers du col et du sein avec une fréquence de 5,2 %.

II - SEXE

Notre série montre une nette prédominance du sexe masculin. Nous relevons 151 hommes et 49 femmes soit 3 fois plus d'hommes que de femmes.

La prédominance masculine en matière de cancer du naso-pharynx est signalée dans toutes les statistiques.

Simmons et Ariel rapportent 150 cas exclusivement masculins.

Hauser, Brownell, Godtfredson et Tori admettent la moyenne de 2 hommes pour une femme.

P.M. Wahi (INDE) - 3,6 hommes pour 1 femme.

Djojopranato (INDONESIE) - 4 hommes pour 1 femme chez les Chinois; 2 hommes pour 1 femme chez les Indonésiens.

Pour Ho (HONG KONG) - 2,47 hommes sont atteints pour 1 femme.

Pantangco (PHILLIPINES) - 2,5 hommes pour 1 femme.

Bailar (US) - 2,2 hommes pour 0,5 de femmes chez la population blanche, 2,6 hommes pour 0,6 de femmes chez la population noire.

Cammoun (TUNISIE)- 3 à 2 hommes pour 1 femme.

En ALGERIE Bréhant avait avancé les chiffres de 6 hommes pour 1 femme. Cette proportion excessive n'est pas reproduite dans notre série, l'incidence obtenue de 3 hommes pour 1 femme ne s'éloigne pas dans l'ensemble des incidences citées plus haut.

III - AGE

L'âge de nos malades varie entre 6 ans pour le plus jeune et 76 ans pour le plus âgé (tous les deux de sexe masculin) entre ces deux extrêmes tous les âges sont atteints avec (Tableau II) :

- une relative fréquence entre 10 et 14 ans;
- un maximum entre 50 et 54 ans.

Comme on le voit sur la figure 1 la pyramide des âges est beaucoup moins accusée chez les femmes. Le nombre de cas se répartit assez régulièrement dans les différents groupes d'âges. De plus les âges extrêmes sont moins éloignés dans le sexe féminin : la plus jeune des malades a 9 ans et la plus vieille 65 ans.

L'âge moyen est de 46 ans pour les hommes
36 ans ½ pour les femmes.

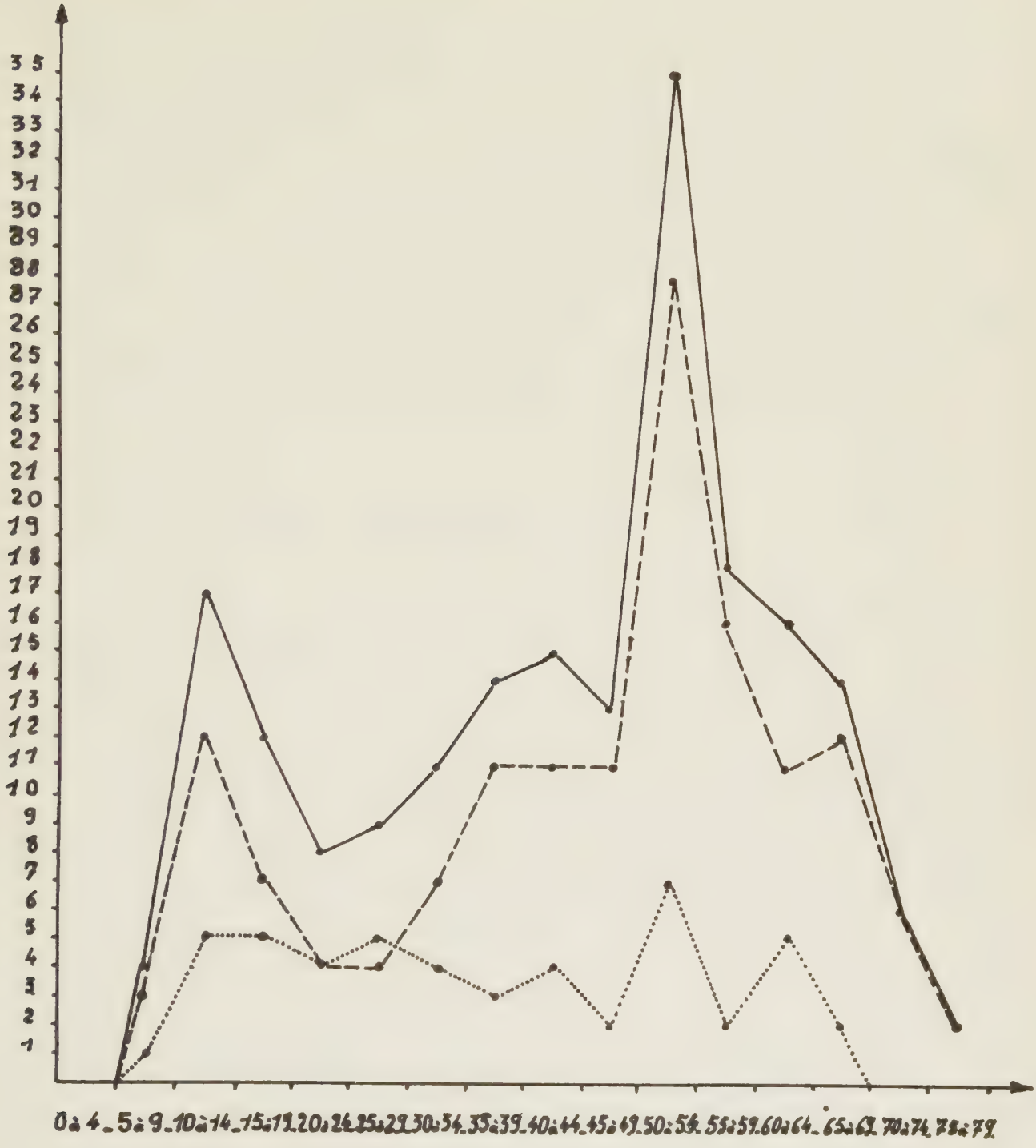
Le pic le plus haut de la courbe des âges qui se situe dans notre série entre 50 et 54 ans est nettement décalé comparé à celui de HONG KONG - 40 à 44 ans, un peu moins par rapport aux séries scandinaves - 55 à 59 ans - et du KENYA - 40 à 49 ans, se superpose presque à celui du MASSACHUSETTS - 50 à 59 ans et de TUNISIE - 50 à 59 ans.

TABLEAU II : Nombre de cas par groupe d'âge de 5 ans.

Groupe d'âge de 5 ans	Sexe féminin	Sexe masculin	Les 2 sexes
0 à 4	0	0	0
5 à 9	1	3	4
10 à 14	5	12	17
15 à 19	5	7	12
20 à 24	4	4	8
25 à 29	5	4	9
30 à 34	4	7	11
35 à 39	3	11	14
40 à 44	4	11	15
45 à 49	2	11	13
50 à 54	7	28	35
55 à 59	2	16	18
60 à 64	5	11	16
65 à 69	2	12	14
70 à 74	0	6	6
75 à 79		2	2
TOTAL	49	145	194

REMARQUE : L'âge n'a pas été précisé pour 6 malades de sexe masculin.

FIGURE I : Nombre de cas par groupe d'âge de 5 ans.



..... sexe féminin

— — — — sexe masculin

———— les deux sexes

La relative fréquence observée dans notre série entre 10 et 14 ans est retrouvée dans la courbe des âges tunisienne entre 10 et 19 ans. Cammoun attire l'attention sur le fait qu'en Extrême Orient les enfants sont rarement atteints (13 cas sur 1.000 rapportés par Yeh Shu à FORMOSE, 8 cas sur 974 par Muir à SINGAPOUR, une quinzaine de cas sur 1.438 par Ho à HONG KONG) alors qu'aux U.S.A. (Martin et Blady) 9 % des malades sont âgés de moins de 15 ans, en TUNISIE 14,6 % des malades ont des âges compris entre 10 et 20 ans. Dans notre série 16 % des malades sont âgés de moins de 20 ans.

IV - REPARTITION GEOGRAPHIQUE

Nous avons représenté sur le Tableau III la répartition géographique selon le lieu d'habitation, de 65 malades atteints de cancers du naso-pharynx.

L'apparente prédominance de l'algérois sur le constantinois et l'oranie s'explique par l'existence comme nous l'avons signalé plus haut de deux laboratoires d'histopathologie. D'une façon générale le cancer du cavum est présent sur tout le territoire Algérien mais en particulier dans la partie nord du pays. Deux malades seulement sont originaires du Sud.

Cette atteinte préférentielle de la population du Nord du pays a été aussi notée par Hellal dans son travail sur " le cancer du naso-pharynx dans l'Ouest Algérien ". Il a retenu à la suite de Sitbon l'humidité du climat comme facteur favorisant dans l'éclosion de ce cancer dans la région du Tell.

Nous préférons éviter toute spéculation étiologique d'autant plus que le nombre de cas trop réduit, les

déplacements de la population, l'inégalité de l'encadrement sanitaire (le Sud du pays est particulièrement défavorisé) ne nous permettent malheureusement aucune conclusion valable sur l'incidence géographique.

TABLEAU III : Distribution géographique de 65 cancers du naso-pharynx.

Régions	ORANIE 9		ALGEROIS 32		CONSTANTINOIS 22		OASIS 2	
Villes	ORAN	1	ALGER	16	CONSTANTINE	6	BOU-NOURA	1
	TLEMCEN	2	BLIDA	1	SETIF	8	BOU-SAADA	1
	TIARET	1	MILIANA	1	ANNABA	3		
	MOSTAGANEM	2	MEDEA	3	TIMGAD	1		
	SIDI BEL ABBES	2	AZAZGA	2	TIZIRT	1		
	RELIZANE	1	TIZI OUZOU	1	BATNA	2		
			TIZI RUIF	1	SOUK AHRAS	1		
			EL ASNAM	5				
			AUMALE	1				
			CHERCHELL	1				

ETUDE MACROSCOPIQUE

I - SIEGE

Le siège primitif exact de la tumeur n'est pas toujours signalé. Les malades arrivent à un stade assez évolué, la tumeur occupant déjà une grande partie du naso-pharynx. Le point d'implantation ne peut être précisé que dans les tumeurs de petit volume, ou au cours d'examens ultérieurs après effet de la radiothérapie.

La localisation a cependant été indiquée dans 55 de nos cas, parfois de façon précise, souvent approximativement.

Nous avons représenté sur le Tableau IV la distribution de ces 55 tumeurs sur les parois du naso-pharynx, on peut constater que le siège sur les parois latérales est le plus fréquent : (31 % de cas), les localisations à cheval sur les parois latérales et la paroi supérieure viennent en second rang avec 20 % des cas. La paroi supérieure est assez fréquemment intéressée 11 % des cas alors que la paroi postérieure et la paroi antérieure le sont relativement peu (5 % à 7 %) les tumeurs de la face postérieure du voile sont exceptionnelles (2 cas). Enfin dans 13 % des cas le siège est diffus (il s'agit probablement de cancers observés à un stade avancé et non de localisation diffuse d'emblée), sur ce même tableau nous pouvons voir que dans le sexe féminin nous n'avons aucun cas de siège postérieur. La localisation préférentielle est pour les femmes comme pour les hommes la région englobant les parties latérales et le toit.

TABLEAU IV : Distribution de 55 cancers sur les parois du naso-pharynx.

Siège	Sexe Féminin	Sexe Masculin	Les 2 sexes	Pourcentage
Antérieur	1	3	4	7 %
Postérieur		3	3	5 %
Supérieur		6	6	11 %
Latérale (Orifices tubaires)	6	11 (3)	17	31 %
Postéro-latéral		1	1	2 %
Postéro-supérieur		4	4	7 %
Latéro-supérieur	4	7	11	20 %
Face postérieure du voile du palais	1	1	2	4 %
Diffus	3	4	7	13 %

Le Tableau V montre la répartition dans le naso-pharynx par rapport à un plan sagittal médian. La localisation gauche est plus fréquente que la droite pour les femmes comme pour les hommes. Le siège médian assez fréquent dans le sexe masculin est exceptionnel dans le sexe féminin.

TABLEAU V : Distribution dans les différentes directions
(55 cancers)

Siège	Femmes	Hommes	Les 2 sexes	Pourcentage
Gauche	8	13	21	39
Droit	4	7	11	20
Médian	1	16	17	30
Imprécis	3	3	6	11

Nos résultats concernant la localisation primitive n'ont rien d'original. La majorité des auteurs estiment en effet que le siège le plus fréquent est la paroi latérale.

Deux points sont à signaler sur cette paroi : la lèvre postérieure du bourrelet tubaire et la fossette de Rosenmuller d'une part, la lèvre antérieure de ce même orifice et la partie tout antérieure de la paroi latérale immédiatement en arrière de l'arc choanal. Cette dernière région et la fossette de Rosenmuller sont assez difficiles à explorer, une petite tumeur peut facilement échapper à un examen hatif ou fait dans de mauvaises conditions. Dans notre série nous n'avons que 3 localisations autour de l'orifice tubaire et 1 seule au niveau de la fossette de Rosenmuller alors que pour certains auteurs les cancers de la paroi latérale se localisent avec prédilection au niveau de ces zones. Les tumeurs de siège latéral ont tendance à s'exprimer par une symptomatologie otologique.

C'est ensuite au niveau de la paroi supérieure que se localisent le plus grand nombre de tumeurs. Les tumeurs de la paroi supérieure s'étendent avec prédilection vers la base du crâne entrainant des signes d'atteinte nerveuses et exceptionnellement des signes d'hypertension intracranienne.

Les tumeurs de la face postérieure du voile sont exceptionnelles. Elles sont souvent confondues avec les tumeurs du repli tubaire antérieur qui envahissent rapidement le voile du palais.

II - L'ASPECT MACROSCOPIQUE

Est exophytique dans 87 % des cas dans notre série (Tableau VI) les formes infiltrantes et ulcérées sont rares (9 %).

Les proliférations exophytiques se font sous deux formes :

1°) Soit sous forme de bourgeonnements (81% des cas). Ces bourgeonnements sont de taille plus ou moins importante tapissant la paroi du cavum ou comblant sa cavité.

TABLEAU VI : Distribution de 63 cancers du naso-pharynx selon l'aspect macroscopique :

Exophytique	bourgeonnante	44		
	bourgeonnante et ulcérée	5	81%	
	bourgeonnante et infiltrante	2		87%
	masse énorme lisse	4	6%	
Tuméfaction		1	3%	
Mamélonnée dure		1		
Ulcérée		2		
Ulcéro infiltrante		3	3%	
Infiltrante		1		

2°) Soit beaucoup plus rarement (6 % de nos cas) sous forme de masse énorme lisse occupant la cavité naso-pharyngée.

Les différentes formes macroscopiques observées dans notre série, exophytiques, ulcérées, infiltrantes ou mixtes (résultant d'une association des modalités précédentes) sont connues depuis longtemps. Leur incidence clinique très bien étudiée par certains auteurs (Ackerman et Del Regato).

Les formes exophytiques échappent difficilement à l'examen en rhinoscopie postérieure et ont tendance à entrainer de par leur taille souvent volumineuse une symptomatologie empruntée aux organes voisins comprimés.

Il n'en est pas de même des formes infiltrantes sous muqueuses qui peuvent proliférer longtemps, envahir la base du crâne, parfois même infiltrer les nerfs craniens et les ganglions sans pouvoir être décelées à l'examen. La muqueuse dans ces cas n'est ni ulcérée ni végétante, elle peut avoir simplement un aspect oedémateux, refoulée en verre de montre en un point, parfois il y a diminution de la netteté des reliefs normaux sur une assez grande étendue. Le diagnostic dans ces cas là repose sur la biopsie qui doit être profonde et qui malgré cela peut se révéler négative à plusieurs reprises. Le cytodiagnostic peut alors être très utile.

Certaines formes ulcérées ou végétantes de très petite taille peuvent aussi être très difficiles à déceler lorsqu'elles sont cachées dans des régions difficiles à explorer. L'utilisation du nasopharyngoscope est alors très indiquée.

ASPECTS EVOLUTIFS

I - STADE LOCAL

L'évolution locale des cancers du nasopharynx se fait en général silencieusement en particulier au tout début.

Ce trait signalé partout dans la littérature comme caractéristique est retrouvé dans notre série ou seulement 8 % des malades ont été vus au stade local (Tableau VII).

Cependant exceptionnellement la poussée peut être révélée précocement par une symptomatologie otologique (localisation au niveau du pavillon tubaire) rhinologique (localisation au niveau des orifices postérieurs de fosses nasales) ou hémorragique (formes ulcérées). L'un de nos malades semble rentrer dans ce cadre.

Il s'agit de Monsieur O... Mohamed, âgé de 76 ans venu consulter pour épistaxis, diminution de l'acuité auditive gauche et hémicranie gauche. Il présentait à l'examen une ulcération bourgeonnante siégeant au niveau du pavillon tubaire.

Chez cinq autres malades observés au stade local, le cancer avait été décelé par une association variable des signes suivants : épistaxis, gêne respiratoire, obstruction nasale, hypoacousie, bourdonnement d'oreille, otite, céphalées. Ces signes n'étaient pas dus à une localisation ou à une forme particulière,de la tumeur, mais à la compression des organes voisins par le volume déjà très important de la prolifération néoplasique.

Les signes que nous venons d'énumérer ont été indiqués par 20 de nos malades comme les premiers symptomes de leur état (tableau IX).

Il en ressort que les signes de début clinique sont le fait de cancers dont l'évolution locale est généralement déjà assez avancée.

Il est rare que les malades viennent consulter dès l'apparition de ces signes. Un certain laps de temps s'écoule avant la première consultation, cet intervalle est de 1 mois $\frac{1}{2}$ dans les meilleurs des cas et de 1 an dans les plus mauvais.

La moyenne de 6 mois calculée chez 32 de nos malades semble peu excessive comparée aux délais moyens observés ailleurs (Cammoun 8 mois $\frac{1}{2}$, Gotfredson 11 mois, Nielson 8 mois, Simmons et Ariel 11 mois, Pech 9 mois, Furstenbert 15 mois).

Ces deux faits réunis
- symptomatologie souvent tardive,
- retard à venir consulter

expliquent qu'au premier examen O.R.L. le cancer du naso-pharynx a malheureusement dépassé le stade local dans 91 % des cas (Tableau VII).

TABLEAU VII : Distribution de 65 cancers selon le stade d'évolution lors du premier examen O.R.L.

Stade évolutif	Nombre	Pourcentage	Pourcentage total
Stade local	6	8 %	8 %
Envahissement régional seul	6	8 %	
Envahissement régional et envahissement métastatique	43	66 %	91 %
Envahissement métastatique seul	10	17 %	

II - INVASION DIRECTE

L'envahissement néoplasique régional va intéresser : - d'une part les formations anatomiques en rapport avec les parois du naso-pharynx en avant : fosses nasales
sinus paranasaux
orbite

en arrière : fascia prévertébral et muscles

latéralement : tube d'Eustache
loge prestyloïdienne

vers le bas : oropharynx

vers le haut : base du crane.

- d'autre part, les nerfs craniens dans leur trajet soit intracranien soit extracranien.

Nous avons porté sur le tableau VIII l'incidence de l'infiltration néoplasique (chez 65 malades) dans

les différentes directions et au niveau des nerfs craniens.

L'extension de la tumeur se fait plus fréquemment vers le bas (27 % des cas) que dans les autres directions, l'extension antérieure intéresse surtout les fosses nasales, l'extension latérale est relativement rare (12 % des cas), l'extension postérieure exceptionnelle (3 %).

Le chiffre de 6 % relatif à l'invasion de la base du crâne est probablement erroné car certains malades n'ont pu être explorés radiologiquement. De plus nous relevons une atteinte nerveuse chez 77 % des patients or l'infiltration des nerfs craniens est souvent secondaire à une infiltration de la base du crâne.

TABLEAU VIII : Infiltration néoplasique régionale

Extension inférieure	18	27 %	oropharynx voile du palais voute palatine amygdale base langue	8 4 2 3 1
Extension antérieure	11	17 %	fosses nasales orbites sinus de la face	9 1 1
Extension latérale	8	12 %	conduit auditif fosse ptérygo-maxillaire espace pharyngo-maxillaire	4 2 2
Extension postérieure	2	3 %	cou	2
Extension vers le haut	4	6 %	base du crâne	4
Infiltration des nerfs craniens	50	77 %		

L'invasion directe des régions avoisinantes a été particulièrement bien analysée par Teoh à HONG KONG sur 124 nécropsies de sujets décédés à la suite de cancer du nasopharynx. Il rapporte comme siège d'extension directe :

- les fosses nasales	33 %
- l'occipital (apophyse basilaire)	48 %
- foramen ovale	43 %
- Rocher	18 %
- fosse cranienne antérieure	5 %
- fosse cranienne moyenne	28 %
- fosse cranienne postérieure	17 %
- sinus sphénoïdal	25 %
- fosse pituitaire	15 %
- glande pituitaire	9 %
- base de l'encéphale	9 %
- orbite	6 %

Teoh ne rapporte aucun cas d'extension vers l'oropharynx alors que dans notre série cette extension se fait dans 27 % des cas.

L'invasion des nerfs craniens mérite une attention particulière car la forme nerveuse est considérée comme la forme la plus grave des cancers du nasopharynx.

Cette invasion des nerfs craniens est très fréquente dans notre série (77 % des cas), intéressant une grande variété de nerfs et en particulier les moteurs oculaires et le trijumeau. Wang observe une atteinte des nerfs craniens chez 27 % de ses patients et considère cette atteinte comme le signe le plus fréquent après les adénopathies.

Ce neurotropisme des cancers du nasopharynx s'exprime par une symptomatologie nerveuse d'une extrême richesse; Strabisme, diplopie, ophtalmoplegie, ptosis, exophtalmie, névralgies diverses, anesthésie de la face, de la cornée, anesthésie du voile du palais, paralysie du voile du palais, de l'hémilarynx, déviation de la langue, dyspnée, dysphagie, surdité, diminution de l'acuité visuelle, atrophie optique, retrécissement de la fente palpébrale, contracture de la nuque, Trismus, sont les différents signes d'atteinte nerveuse que nous avons relevé dans notre série. Nous n'entrerons pas ici dans la description des divers syndromes nerveux réalisés par l'atteinte concomittante de plusieurs nerfs. Mais nous ferons remarquer que les signes d'infiltration nerveuse sont souvent avec les céphalées les premiers signes cliniques des cancers du naso-pharynx (Tableau IX).

TABLEAU IX : Signes de début cliniques chez 47 malades.

Rhinologiques	10	21 %	epistaxis obstruction nasale	9 1
Otologiques	8	16 %	Hypoacousie surdité othorrée otalgie bourdonnement d'oreille vertiges	3 1 2 1 1
Neurologiques	8	16 %	céphalées névralgie hémiface douleur sous maxillaire douleur cervicale dysphagie	3 2 1 1 1
Adénopathies cervicales	20	42 %		
Autres	2	4 %	angine tuméfaction amygdale G.	

Rappelons que l'atteinte des nerfs craniens a été expliquée de différentes façons :

Les nerfs sont lésés à la suite d'un envahissement tumoral endo-cranien, l'invasion endocranienne se faisant le plus souvent sous forme d'une coulée néoplasique sous dure-mérienne. La zone de pénétration dans l'endocrane se situe le plus fréquemment dans la région du carrefour pétro-sphénoïdal, ou bien encore au niveau des parois latérales de la loge hypophysaire ou au niveau des lames quadrilatères ou basilaires après effraction de ces régions.

-Il peut y avoir invasion exocranienne des nerfs. Elle est surtout le fait de tumeurs latérales très antérieures et se produit dans la région de l'espace para-amygdalien.

-Enfin les nerfs peuvent ne pas être lésés mais simplement comprimés par des ganglions métastatiques (compression des nerfs mixtes au niveau du trou déchiré postérieur).

Le tableau X montre la fréquence d'atteinte de chaque nerf cranien dans différentes séries : un résumé de 4 séries cité par Martin, une série citée par Wang et notre propre série, les nerfs les plus fréquemment atteints semblent être le III, le IV, le V et le VI. Ces nerfs sont atteints lors de leur passage dans le sinus caverneux. Les IX, X, XI, et XII dont l'atteinte n'est pas rare sont infiltrés dans l'espace para-pharyngien, ces nerfs sont de position trop postérieure pour subir une infiltration endocranienne.

TABLEAU X : Incidence de l'infiltration des nerfs craniens

Nerfs craniens	Martin	Wang	Série personnelle
I	0	0	0
II	12	0	1
III	20	5	8
IV	16	4	2
V	36	9	9
VI	45	12	17
VII	8	8	3
VIII	1	4	3
IX	14	7	4
X	10	6	4
XI	10	2	2
XII	14	7	5

Remarque : dans notre série nous avons noté 2 cas d'infiltration du sympathique cervical.

III - METASTASES

La dissémination néoplasique est essentiellement lymphatique se manifestant par des localisations ganglionnaires surtout de siège cervical, les autres localisations ganglionnaires sont relativement peu fréquentes de même que la dissémination par voie sanguine.

TABLEAU XI : Envahissement néoplasique général

Métastase ganglionnaire cervicale	54	83 %
Métastase ganglionnaire autres	9	13 %
Métastase par voie sanguine	7	13 %

1°) Métastases ganglionnaires cervicales :

Les métastases ganglionnaires cervicales sont partout signalées comme le signe physique le plus fréquemment présenté par les patients. Dans notre série ces métastases ont été observées chez 54 malades sur 65 soit 83 % des cas (Tableau XII) ce qui représente une incidence assez élevée comparée aux incidences rapportées par un grand nombre d'auteurs :

Miller	60 %
Wang et Al	64 %
Teoh	70 %
Pantangco	53,6 %
Djojopranoto	54,8 %

Nous avons cependant noté une incidence encore plus élevée que la notre, Simmons 87 %.

Ces adénopathies sont dans la plupart des cas de siège cervical haut jugulaire, mastoïdien ou sous maxillaire (Tableau XII).

TABLEAU XII : Distribution cervicale de 42 adénopathies

Siège	Nombre	Pourcentage
Chaine jugulo-carotidienne	14	33 %
Sous maxillaire	9	21 %
Sous mastoïdien	12	28 %
Spinal	2	4,5%
Sous occipital	1	2 %
Sus claviculaire	4	9 %
Parotidien	1	2 %

Homolatérales et mobiles au début ces métastases deviennent le plus souvent bilatérales (61 %) fixes et dures. Elles se présentent sous forme de masses bosselées volumineuses gagnant les régions jugulaires moyennes et sous maxillaires; parfois plusieurs ganglions sont atteints à la fois restant nettement séparés les uns des autres.

Le trait le plus important de ces métastases cervicales est leur précocité. Les cas ne sont pas rares où les malades présentent des adénopathies alors que le cancer est par ailleurs cliniquement muet parfois même non décelé à l'examen en rhinoscopie postérieure. De plus le tableau IX relatif au début clinique montre une nette prédominance des adénopathies sur les autres signes avec le chiffre de 42 %.

2°) Autres localisations métastatiques.

Les métastases ganglionnaires dans le reste de l'organisme intéressent seulement 13 % des malades (Tableau XI) ces 9 cas se distribuent en :

- métastases axillaires 4 cas
- métastases médiastinales 2 cas
- métastases inguinales 3 cas.

Les localisations métastatiques hématogènes sont peu nombreuses dans notre série, 9 cas dont la répartition est la suivante :

4 osseuses
- crâne
- sternum
- costo-sternal
- costo-sternal et fémoral

3 viscérales
- 2 poumons
- 1 plèvre

1 peau (thorax)

1 région pectorale.

Nos résultats concernant les localisations métastatiques autres que ganglionnaires cervicales sont certainement loin de la réalité car beaucoup d'entre elles doivent échapper aux investigations cliniques et radiologiques habituelles. Seules des études nécropsiques systématiques permettraient d'établir une carte assez précise des métastases des cancers du naso-pharynx.

C'est ce qui a été entrepris par Teoh à HONG KONG. Nous rapportons ici les incidences de ces métastases telles qu'elles ont été établies par lui sur une série de 124 nécropsies.

Adénopathies thoraciques	42 %
Adénopathies abdominales	41 %
Duremère	15 %
Poumon	45 %
Foie	53 %
Rate	12 %
Rein	3 %
Glande surrénale	4 %
Péricarde	3 %.

Nous pouvons constater - d'une part que l'incidence de 13 % que nous avons avancée pour les métastases ganglionnaires autres que cervicales est largement dépassée dans la série de Teoh où cette incidence est de 83 % pour l'ensemble des adénopathies thoraciques et abdominales;

- d'autre part que la dissémination par voie hématogène est beaucoup plus fréquente que ne le laissent supposer nos résultats. La notion de rareté des métastases lointaines des cancers du naso-pharynx longtemps admise est complétement remise en question par les résultats de Teoh. Cette remise en question avait été déjà entamée par Martin et Blady qui trouvent chez 34 % des morts par cancer du cavum, des métastases généralisées aux poumons, au système squelettique, au foie, à la rate; par Simmons et Ariel qui sur 37 autopsies constatent 20 fois des métastases hépatiques et 9 fois des métastases pulmonaires.

Teoh insiste sur l'ostéophylie des cancers du naso-pharynx (métastases osseuses dans 59 % de ses nécropsies) ostéophylie qui avait été déjà entrevue par Godtfredson, Zaoli, Filipo et Gritto.

Après les localisations osseuses, les localisations hépatiques et pulmonaires sont les plus fréquentes.Dans notre série nous n'avons aucune localisation hépatique par contre sur 9 métastases lointaines 4 sont osseuses et 3 pleuro-pulmonaires.

Enfin notons la très grande variété des localisations métastatiques qui n'apparait pas dans notre série. Outre la rate, le rein, la glande surrénale, la dure-mère, le péricarde qui figurent dans la série de Teoh d'autres localisations ont été rapportées : cutanées, gastriques, mammaires, urethre, et même d'exceptionnelles métastases intracraniennes qui ont été interprétées comme faisant suite à une troisième voie possible de dissémination néoplasique, la voie nerveuse.

ETUDE HISTO-PATHOLOGIQUE

I - RAPPEL

Avant d'aborder cette étude, il nous semble nécessaire de rappeler les dates importantes qui ont jalonné l'histo-pathologie des cancers du naso-pharynx.

La première description histologique fut donnée par Schmidt (1881) sur un de ses cas " ein Klein zelliges und Zellenreiches carcinoma ".

Heitzmann (1889) parle de " medullary cancer invading lymph tissu ".

Jackson (1901) décrivit ses cas comme des " épithéliomas ".

La première classification systématique fut donnée par Krompecher (1903) qui décrivait " The basolioma " tumeur indifférenciée qu'il croyait dériver de la couche basale de la muqueuse naso-pharyngée.

En 1921 Regaud d'une part et Schmincke d'autre part emploient pour la première fois le terme de " lympho-épithélioma " désignant des tumeurs très radio-sensibles du naso-pharynx et des amygdales. Ils firent une entité de ces tumeurs qui d'après eux possédaient des caractères histologiques particuliers : nappes syncitiales (dans la forme Regaud) ou coulées de cellules isolées (dans la forme Schmincke) intimement mêlées à des lymphocytes. Ces tumeurs selon eux avaient pour origine un type spécial d'épithélium le " lympho-épithélium"décrit par Jolly en 1914 au niveau du thymus et du pharynx.

Le lympho-épithélioma a suscité de très grandes divergences d'opinion. Reconnu comme une entité tumorale par un certain nombre d'auteurs qui avancaient comme argument irréfutable la mise en évidence (Derigs 1923) de lymphocytes dans les métastases de ces tumeurs.

Beaucoup d'auteurs au contraire interprétent comme une simple infiltration secondaire cette présence de lymphocytes aussi bien dans la tumeur primitive que dans la métastase.

- En 1927 Quick et Cutler appliquent pour la première fois le terme de " transitional cell épidermoïde carcinoma " à des tumeurs du naso-pharynx. Ils constatèrent que dans de telles tumeurs les cellules pavimenteuses, épines, kératinisation et globe sont absents. Les cellules sont de petite taille régulières à noyau assez gros hyperchromatique et cytoplasme peu abondant, en paquets serrés.

- 1928 New et Kirch bien que ne s'appuyant sur aucune constatation histologique affirment que lympho-épithélioma et transitional cell carcinoma sont en réalité des épithéliomas spino-cellulaires grade IV.

- 1929 Ewing fait dériver les transitional cell carcinoma des muqueuses de transition (cellules en strates mais pas de kératinisation) ce type de muqueuse décrit au niveau du col, des conduites urinaires, de la trachée se retrouve aussi au niveau des parois pharyngées.

Pour Ewing les cellules tumorales sont plus fusiformes et plus chromatiques assez différentes de celles décrites par Quick et Cutler.

Cette même année il individualise le cylindrome qui semble correspondre au basaliome de Krompecher.

- Un très grand nombre d'auteurs ne font aucune distinction entre transitional cell carcinoma et lympho-épithélioma. Pour Cappell (1934) la seule différence réside dans le degré d'association des lymphocytes et des cellules cancéreuses. Dans les deux cas les cellules épithéliales sont pâles de type syncytial avec noyau rond ou ovalaire, vésiculeux nettement nucléolé.

- 1937 Bonne isole au niveau des adénopathies cervicales deux groupes de tumeurs :

1/ Le " lympho-sarcome " déjà decrit par Thomson comme une entité en 1923.

2/ Le " réticulo-endothélium " correspondant à un effacement de la structure ganglionnaire par des cellules syncytiales pâles avec un noyau bien limité pauvre en chromatine contenant un nucléole proéminent.

- 1944 Gotfredson considère lympho-épithélioma et transitional cell carcinoma comme des variétés de réticulosarcome.

- 1962 Shu Yeh après une étude minutieuse portant sur 1.300 biopsies distingue trois grands groupes de cancers du naso-pharynx :

Carcinomas

Sarcomas

Carcino-sarcomas.

1°) Carcinomas :

A / Epidermoïd carcinoma.

1/ Classical : présentant un ou plusieurs caractères des épithéliums malpighiens; comprenant le stade I, II, III, IV de Broders.

2/ Mucosal or clear cell : épithélioma épidermoïde classique avec prédominance des cellules claires.

3/ Spindle cell : cellules fusiformes petites ou grandes.

4/ Transitional cell : dans le sens de Cappell, cellules épithéliales pâles de type syncytial avec noyaux ovalaires vésiculeux bien nucléolés.

5/ Lympho épithélioma : dans le sens de Regaud et Shmincke, cellules transitionnelles auxquelles sont intimement mêlés des lymphocytes, pas de stroma fibreux.

6/ Polyhédral cell :

- carcinoma simplex;

- diffuse carcinoma d'aspect sarcomatex.

7/ Combined cell : mélange de cellules polyhédriques, fusiformes, de transition en proportions variables.

B / Adénocarcinomas :

1/ Muco secrétant :

a) différenciés : papillaire ou non papillaire.

b) indifférenciés.

2/ Non muco secrétant :

a) différenciés

b) indifférenciés.

3/ Muco-epidermoïd carcinoma.

2°) Sarcomas :

A / Lymphosarcomas.

B / Réticulo cell sarcoma.

3°) Carcinosarcomas.

- 1964 Liang après un travail sur 500 biopsies classe les carcinomas en 3 groupes :

1°) Undifférentiated group :

1/ pléomorphic cell carcinoma : architecture diffuse, deux types : petites cellules, grandes cellules.

2/ Transitional cell carcinomas.

3/ Squamons cell grade IV.

4/ Small cell carcinomas.

2°) Poorly différentiated group :

1/ large round cell carcinomas (correspondant au lympho-épithélioma).

2/ fusiform cell carcinomas.

3/ Squamous carcinomas grade III.

3°) Relatwely higly différentiated group :

1/ Squamous cell carcinomas grade I et II.

2/ cylindrical cell carcinomas.

- 1966 Svoboda et Al observant en microscopie électronique différents types de carcinomes considérés comme indifférenciés en microscopie optique (spindle cell carcinomas, transitional cell carcinomas, lympho-épithélioma...). Ils décèlent la présence de fibrille de kératine dans les cytoplasmes de

la plupart des cellules de ces épithéliomas, confirmant ainsi l'opinion d'un grand nombre d'autres. Newand Kirch (1928), Harvey et Al (1937) Hauser and Brownell (1938) Willis (1948) Simmons et Ariel (1949) Lawley (1955) Tedy (1957) Yeh (1962). Opinion selon laquelle ces tumeurs peuvent être considérées comme des variétés de carcinomes épidermoïdes.

- La même année Shanmugaratnam et Muir après étude de 237 carcinomes arrivent à la conclusion que carcinomes épidermoïdes et carcinomes indifférenciés peuvent avoir comme origine n'importe lequel des trois types d'épithéliums présents normalement dans le naso-pharynx : respiratoire, transitionnel ou épidermoïde.

Cette brève revue de la littérature montre la grande confusion qui règne encore dans l'histologie des cancers du rhinopharynx, particulièrement en ce qui concerne les tumeurs épithéliales.

En effet à l'exclusion des carcinomes épidermoïdes différenciés et des adénocarcinomes, les carcinomes du cavum en général sont sujets à presque autant d'interprétation que de publications. Il en résulte que les mêmes types morphologiques sont décrits sous différentes dénominations et inversement, une même dénomination désigne parfois des types morphologiques différents. Voici quelques autres termes appliqués à ces carcinomes : carcinomes intermédiaires, carcinomes baso-cellulaires, embryonal cell carcinomas, cylindrome.

Cependant malgré les insuffisances d'interprétations histo-génétiques et les essais de classification disparates, un fait semble acquis depuis les travaux de Svoboda, c'est la nature épidermoïde de la plupart des carcinomes dits indifférenciés.

Les tumeurs mésenchymateuses bien que d'une très grande variété n'ont en général pas donné lieu à des grandes controverses.

Les formes les plus souvent décrites sont les sarcomes lympho-réticulaires développés à partir des éléments de la sous muqueuse et comprenant essentiellement :

1/ le lymphosarcomas soit de type lymphoblastique,
soit de type lymphocytique.

2/ les réticulosarcomas soit de type syncytial,
soit de type plus différencié.

A ces deux formes viennent s'ajouter de rares cas de :

- lymphomes folliculaires
- plasmocytomes
- maladie de Hodgkin.

Il faut cependant signaler que la différenciation des lympho et réticulo-sarcomes au niveau du naso-pharynx comme partout ailleurs repose sur des critères variant d'un pathologiste à l'autre; si les sarcomes à petites cellules lymphocytaires sont classés pour tous dans les lymphosarcomes, ceux qui sont formés des cellules plus volumineuses ayant l'apparence de lymphoblastes dystrophiques à l'examen cytologique sont considérés soit comme des lymphosarcomes, soit comme des réticulosarcomes ou plus facilement comme des lympho-réticulo-sarcomes.

Tous les autres éléments mésenchymateux de la paroi du cavum (aponévroses, muscles, tissu adipeux, osseux) sont susceptibles de donner naissance à des tumeurs malignes comme en témoignent certaines publications de :

- fibrosarcomes
- rhabdomyosarcomes
- léïomyosarcomes
- sarcome botryoïde
- liposarcomes
- myxosarcomes
- sarcomes ostéogéniques.

En dehors des épithéliomas et des sarcomes, ont été signalés :

1/ d'exceptionnels neovocarcinomes : 14 observations relevées dans la littérature mondiale, considérés comme indiscutablement primitifs du point de vue clinique.

2/ De très rares tumeurs dysembryoplasiques ayant comme origine les éléments ectopiques demeurés sur le trajet d'accolement des feuillets qui constituent le naso-pharynx :

- cranio-pharyngiomes
- adamantinomes
- chordomes
- gliomes.

3/ Des carcinosarcomes.

II - ASPECTS MICROSCOPIQUES

Après des observations minutieuses et répétées de notre matériel biopsique nous avons abouti à la classification suivante :

A - CARCINOMES

1°) Carcinomes épidermoïdes

1/ Carcinomes épidermoïdes différenciés (de type spino-cellulaire);

2/ Carcinomes épidermoïdes à cellules de type basal;

3/ Carcinomes épidermoïdes à cellules de type transitionnel;

4/ Carcinomes épidermoïdes polymorphes.

2°) Adéno-carcinomes

1/ Différenciés;

2/ Peu différenciés.

3°) Carcinomes indifférenciés.

B - SARCOMES

1°) Sarcomes lympho-réticulaires

1/ Lympho-sarcomes;

2/ Réticulo-sarcomes;

3/ Plasmocytomes;

4/ Hodgkin.

2°) Autres sarcomes

1/ Fibro-sarcomes;

2/ Rhabdomyosarcomes;

3/ Sarcome embryonnaire.

C - TUMEUR DYSEMBRYOPLASIQUE

Adamantinome.

D - TUMEURS INCLASSABLES.

A - LES CARCINOMES

En grande partie constitués de carcinomes épidermoïdes. Ici le terme épidermoïde est compris dans son sens le plus large; nous avons inclus dans ce groupe non seulement les carcinomes épidermoïdes classiques de type spino-cellulaire dont la différenciation peut être plus ou moins poussée, mais aussi les carcinomes dont les cellules rappellent les cellules de la couche basale de l'épithélium malpighien, et les carcinomes dont les cellules ont été interprétées comme identiques aux cellules transitionnelles.

Les carcinomes épidermoïdes à cellules de type basal ont été décrits par certains auteurs comme des baso-cellulaires. Cette appellation doit être rejetée pour la confusion qu'elle risque d'entrainer. En effet cette dénomination est habituellement réservée à une catégorie d'épithéliomas cutanés qui dérivent des cellules immatures destinées à former les follicules pilo-sébacés, cellules qui n'existent pas au niveau de la muqueuse naso-pharyngée. De plus les baso-cellulaires cutanés se caractérisent par une évolution très lente à métastases exceptionnelles ce qui n'est pas le cas des carcinomes épidermoïdes à cellules de type basal du naso-pharynx.

L'accord n'est pas fait à l'heure actuelle en ce qui concerne " les carcinomes épidermoïdes à cellules transitionnelles ". Certains auteurs classent sous le terme arbitrairement raccourci de " carcinomes à cellules transitionnelles " la majorité des carcinomes indifférenciés du naso-pharynx; d'autres auteurs au contraire restreignent considérablement l'usage de ce terme ou dans un but de simplification le font disparaitre de leur classification (Linsell, Muir).Pour éviter tout excès

il ne faut pas perdre de vue qu'en histologie normale les cellules transitionnelles sont des cellules qui siègent au niveau des épithéliums malpighiens entre la couche basale et le corps muqueux de Malpighi. Ces cellules qui se caractérisent par l'absence de ponts d'union intercellulaires sont très visibles dans les muqueuses épidermoïdes en hyperplasie. Les cellules épithéliales qui constituent les muqueuses paramalpighiennes sont également des cellules de type transitionnel. Enfin au niveau du pharynx l'épithélium pluristratifié dépourvu de ponts intercellulaires et de cils que l'on observe à la jonction des zones malpighiennes et des zones ciliées est un épithélium de type transitionnel.

1°) Carcinomes épidermoïdes

1/ Les carcinomes épidermoïdes différenciés :

Au nombre de 41 dont 7 chez les femmes et 34 chez les hommes. D'architecture le plus souvent lobulée parfois cordonnale ou trabéculée, ces tumeurs présentent du point de vue cytologique un ou plusieurs des caractères d'un épithélium épidermoïde kératinisé ou non; cellules polyédriques claires ou éosinophiles à limites nettes, cadres clairs, ponts d'union intercellulaires, disposition palissadique en périphérie des lobules, différenciation progressive vers le centre, arrangement bulbiforme, maturation orthokératosique, parakératosique ou dyskératosique. Les atypies nucléaires y sont assez fréquentes, l'activité mitotique (*) est plus souvent élevée (18 fois) ou

(*) L'activité mitotique est jugée élevée à plus de 5 mitoses par champ au fort grossissement, modérée entre 3 et 5 mitoses par champ, basse à moins de 3 mitoses par champ.

modérée (16 fois) que basse (5 fois).

Le stroma est généralement abondant fibreux ou granulomateux avec parfois réaction giganto-cellulaire à corps étrangers.

Les remaniements présentés par certaines de ces tumeurs sont à type de nécrose centrale des lobules avec surinfection et parfois calcification. Au niveau de l'une d'entre elles le stroma est complétement hyalinisé.

Selon le degré de différenciation nous avons distingué trois groupes :

GROUPE I : (6 cas) correspondant au carcinome épidermoïde différencié mature.

La différenciation est ici très marquée (cadres clairs, ponts d'unions, disposition palissadique) ainsi que la kératinisation avec parfois production de perles cornées.

GROUPE II :(10 cas) La différenciation épidermoïde est encore marquée mais pas de maturation. Cependant le potentiel kératinisant est parfois révélé dans un coin de la préparation par de rares cellules dyskératosiques.

GROUPE III :(23 cas)L'aspect général épidermoïde est très discret.Signalé en un point de la préparation soit par une disposition bulbiforme,soit par un arrangement palissadique,soit par de la dyskératose.Les cellules à disposition toujours pavimenteuse ont généralement perdu leurs limites nettes, ou bien encore on voit des cellules à cadres clairs mêlées à des cellules beaucoup moins différenciées parfois des cellules fusiformes qui le plus souvent sont disposées en périphérie des lobules. Dans ce

groupe les atypies nucléaires sont relativement plus marquées et plus nombreuses que dans les deux groupes précédents. L'activité mitotique est dans l'ensemble plus élevée dans ce groupe.

Enfin les carcinomes épidermoïdes classiques revêtent parfois un aspect particulier c'est celui de carcinome épidermoïde à cellules claires (2 cas) : cette forme ne se distingue des précédentes que par la prédominance de cellules polyédriques à cytoplasme clair abondant bien délimité à noyau rond hyperchromatique. L'un de nos deux cas est entièrement constitué par ce type de cellules, l'autre présente des images de maturation parakératosique et dyskératosique, ainsi que quelques cellules fusiformes. Cette forme de carcinome épidermoïde commune au niveau des muqueuses épidermoïdes (col, muqueuse buccale) a été aussi observée au niveau de la peau et des glandes salivaires.

Dans les cas extrêmes ces tumeurs peuvent revêtir l'aspect trompeur d'un carcinome rénal à cellules claires.

2/ Les carcinomes épidermoïdes à cellules de type basal, sont au nombre de 18 dont 6 chez les femmes,
12 chez les hommes.

L'architecture de ces carcinomes généralement lobulée est parfois imprécise aux colorations usuelles. Dans ces cas après imprégnation argentique; elle apparaît sous forme de cordons de travées ou de larges nappes soulignés par un liseré de réticuline.

Les cellules de type basal sont agencées en faisceaux entrelacées dans tous les sens, forment des enroulements se disposent parfois en rosettes ou bien encore consti-

tuent des plages diffuses sarcomatoïdes.

L'appartenance de ces tumeurs à la lignée épidermoïde est révélée dans quelques prélèvements par la présence de dyskératose (2 fois) de cellules polyédriques à cadre clair (1 fois) de disposition palissadique en périphérie des lobules (4 fois) d'ébauche de morphologie épidermoïde différenciée (2 fois).

Les atypies nucléaires sont rares. L'activité mitotique est comme pour les carcinomes épidermoïdes différenciés plus souvent élevée (8 fois) ou modérée (6 fois) que basse (3 fois).

Le stroma est en général abondant et fibreux très souvent infiltré d'éléments inflammatoires polymorphes. Le granulome inflammatoire peut être important et prendre l'aspect d'une réaction à corps étrangers (2 fois).

Les remaniements observés sont à type de nécrose centrale et de suppuration des lobules tumoraux (3 fois) de calcification (1 fois) et de hyalinisation du stroma (1 fois).

Selon la forme et la taille des cellules nous avons distingué trois variétés qui peuvent d'ailleurs se trouver réunies sur un même prélèvement.

1- Variété à petites cellules ovoïdes (3 cas) dont l'aspect morphologique est similaire en tous points aux baso-cellulaires cutanés, en particulier la tendance adénoïde est marquée dans 2 cas par une disposition de cellules en rosettes.

2- Variété à petites cellules fusiformes (3 cas). Le cytoplasme est réduit basophile, le noyau est parfois allongé en batonnet hyperchromatique.

3- Variété à grandes cellules fusiformes (9 cas). Le noyau est ovoïde moins chargé en chromatine, le nucléole peu net, les limites cytoplasmiques plus ou moins précises. On discerne parmi ces cellules des formes de passage soit vers la cellule épidermoïde polyédrique, soit vers la cellule épidermoïde de type transitionnel.

Ces carcinomes épidermoïdes dans leur forme diffuse et fuso-cellulaire peuvent être très évocateurs de sarcomes à cellules fusiformes. Cette éventualité est généralement vite écartée après imprégnation argentique de la trame réticulinique.

3/ Les carcinomes épidermoïdes à cellules de type transitionnel, au nombre de 34, 8 chez les femmes,

26 chez les hommes.

L'élément de base de ces carcinomes est la cellule de type transitionnel telle qu'elle a été décrite par Capell. Cellule à limites cytoplasmiques indistinctes à noyau de grande taille rond ou ovoïde pauvre en chromatine, pâle parfois vésiculeux contenant 1 ou 2 nucléoles proéminents.

Selon l'agencement de ces cellules nous avons observés deux formes :

- une première forme la plus fréquente (26 cas) que nous intitulons pseudo-symplasmique parce que les

cellules tassées les unes contre les autres sans limites précises s'assemblent en formations très évocatrices d'un syncitium protoplasmique. Elles constituent des nappes alvéolaires et des coulées confluentes très caractéristiques : homogènes, faiblement éosinophile, apparaissant comme trouées d'une multitude de noyaux clairs ou vésiculeux et se détachant nettement sur un stroma généralement abondant fibreux ou lymphoïde.

- la deuxième forme (7 cas), forme diffuse, est caractérisée par un essaimage de cellules isolées ou en réseau lâche dans un stroma très abondant le plus souvent fibro-inflammatoire.

Dans ces deux formes pseudo-symplasmique et diffuse l'activité mitotique est modérée (13 fois) ou faible (13 fois) rarement élevée. Les atypies nucléaires peu fréquentes. Le stroma est parfois constitué par un abondant infiltrat à lymphocytes qui s'insinue entre les cellules néoplasiques conférant à la tumeur l'aspect du " lympho-épithélioma ", tel qu'il a été défini par Capell. Actuellement la majorité des auteurs émettent des réserves sur le lympho-épithélioma en tant qu'entité tumorale. Teoh après l'étude de 32 autopsies fournit un argument de poids contre l'existence d'une telle entité histologique : le tissu lymphoïde intimement mêlé aux travées épithéliomateuses ne se retrouve pas dans les métastases viscérales.

Dans notre série nous ne relevons que 4 cas qui répondent à la définition morphologique du lympho-épithélioma. 2 cas d'architecture alvéolaire réalisant la forme Regaud et 2 cas d'architecture diffuse correspondant à la forme Schmincke. Ces cas n'auraient pas résisté à une étude plus poussée. Des coupes en série ou d'autres biopsies auraient certainement révélé une composante fibreuse dans le stroma de ces tumeurs; sur

la plupart des autres prélèvements de ce groupe selon la zone examinée l'aspect est celui d'un adénocarcinome épidermoïde à cellules transitionnelles à stroma fibreux ou fibro-inflammatoire ou bien celui d'un " lympho-épithélioma ", c'est-à-dire d'un carcinome épidermoïde à cellules transitionnelles et à stroma lymphoïde. Aussi nous ne croyons pas utile de conserver la dénomination trompeuse de " lympho-épithélioma " pour des carcinomes épidermoïdes à cellules transitionnelles dont la seule originalité est d'avoir proliféré dans un chorion lymphoïde.

Les carcinomes épidermoïdes à cellules de type transitionnel posent parfois des problèmes de diagnostic différentiel souvent difficile avec les réticulo-sarcomes indifférenciés. Si dans les formes alvéolaires et cordonales l'imprégnation argentique est généralement décisive mettant en évidence un liseré réticulinique net autour des masses néoplasiques, il n'en est pas de même dans les formes diffuses ou la trame réticulinique discontinue peut être semblable à celle d'une infiltration réticulaire maligne. A ce propos rappelons que Gotfredson considérait les lympho-épithéliomas comme des réticulo-sarcomes.

Enfin signalons la présence très discrète dans quelques uns de nos cas de cellules fusiformes, de cellules basophiles, d'enroulements, de dispositions palissadiques, de cellules polyédriques, éléments qui témoignent du caractère épidermoïde de ces tumeurs. Ce caractère est évident sur l'une de nos biopsies qui présente à côté d'une prolifération à cellules de type transitionnel une prolifération épidermoïde différenciée. Ceci nous amène à envisager le quatrième groupe des carcinomes épidermoïdes.

4/ Les carcinomes épidermoïdes polymorphes.

29 cas dont 8 de sexe féminin,
21 de sexe masculin.

Ces carcinomes correspondent aux " combined cell carcinoma " de Yeh. Ils sont constitués d'un mélange en proportion variable de cellules polyédriques, fusiformes et transitionnelles. Ils sont très souvent d'architecture alvéolaire (18 fois) parfois cordonnale trabéculaire et même en nappe diffuse. Les atypies nucléaires sont parfois très nombreuses parfois très rares. L'activité mitotique est élevée (11 fois) ou modérée (13 fois) plus rarement faible (5 fois). Le stroma est généralement abondant fibreux, infiltré d'éléments inflammatoires lympho-plasmocytaires en plus ou moins grande quantité, avec dans un cas un granulome histio-gigantocellulaire.

2°) Adéno-carcinomes

1/ Adéno-carcinome différencié :

Un seul cas de sexe féminin.

Cette tumeur est constituée de lobules épithéliomateux creusés de cavités glandulaires et ébauchant çà et là des structures papillaires. L'aspect des cellules est variable selon la zone examinée cylindrique à cytoplasme abondant pâle à noyau ovoïde pauvre en chromatine, ou bien allongé à noyau hyperchromatique, parfois disposés en palissade affectant un aspect neuroïde; certains lobules sont très indifférenciés creusés de larges sinusoïdes vasculaires. Les atypies nucléaires

sont nombreuses, l'activité mitotique est modérée. Le stroma assez réduit fibreux. Quelques traces de secrétion mucoïde ont été révélées par le P.A.S. Les colorations au Muci-Carmin et bleu alcian sont négatives.

Dans l'ensemble l'aspect de cette tumeur rappelle celui d'un adéno-carcinome des glandes salivaires.

2/ Adéno-carcinomes peu différenciés :

2 cas l'un de sexe féminin, l'autre de sexe masculin.

L'architecture est grossièrement papillaire dans l'un des cas à la fois papillaire et alvéolaire dans l'autre. Les cellules sont cylindriques à cytoplasme faiblement éosinophile, à noyaux ovoïdes finement chromatique. Les atypies nucléaires sont nombreuses, l'index mitotique élevé. Le stroma peu abondant inflammatoire avec réaction folliculaire épithélioïde dans l'un des cas. Les colorations aux muci-carmin, bleu alcien, P.A.S. sont négatives mais dans les deux tumeurs on observe des ébauches de formations glandulaires.

3°) Carcinomes indifférenciés.

22 cas dont 6 femmes et 16 hommes.

Ces carcinomes ne sont évocateurs d'aucun tissu on y distingue cependant deux aspects :

- le premier constitué de nids ou de travées de cellules polyédriques régulières à cytoplasme abondant éosinophile, à limites nettes, à noyaux ronds ou ovoïdes plus ou

moins chargés en chromatine. L'activité mitotique est élevée; le stroma est généralement peu abondant fibreux infiltré d'éléments lymphocytaires. Yeh a décrit ces tumeurs sous la dénomination de " carcinome simplex " empruntée à l'ancienne littérature allemande et qui désignait des carcinomes indifférenciés d'architecture alvéolaire. Yeh a classé ces " carcinomes simplex " parmi les carcinomes épidermoïdes. Nous n'avons observés sur nos prélèvements aucun caractère qui puisse en microscopie optique nous permettre de les intégrer dans ce groupe.

- Le second aspect est celui d'une prolifération diffuse, sarcomatoïde de cellules néoplasiques de tailles variables, polymorphes, à cytoplasmes abondants, à noyaux hyperchromatiques ou clairs très irréguliers. L'activité mitotique est très variable, basse (2 fois), élevée (2 fois) ou modérée (2 fois). Le stroma est réduit à la trame conjonctivo-vasculaire. Le diagnostic différentiel avec un sarcome ne peut être établi qu'après imprégnation à l'argent de la trame réticulinique. Cette dernière est complètement effacée, réduite à la charpente vasculaire. Il ne subsiste aucune trace de fibre réticulinique entre les cellules tumorales. Ce type de tumeur correspond au " diffuse carcinoma " de Yeh classé dans les carcinomes épidermoïdes. Pour les mêmes raisons que précédemment nous ne croyons pas devoir considérer comme épidermoïde ces tumeurs de caractère tout à fait anaplasique.

B - SARCOMES

Sur les 29 sarcomes de cette série la plupart sont des sarcomes lympho-réticulaires (19 cas), les autres sarcomes sont très peu nombreux (4 cas seulement).

1°) Sarcomes lympho-réticulaires.

1/ Lympho-sarcomes : 8 cas tous de sexe masculin, constitués de nappes denses monomorphes de cellules rondes à cytoplasme étroit, présentant de nombreuses atypies nucléaires. L'index mitotique est généralement élevé. Le stroma est réduit à la trame vasculaire. Les deux formes cellulaires classiques sont observés dans notre série.

a - la forme lymphocytoïde (3 cas) dont les cellules sont semblables aux lymphocytes.

b - La forme lymphoblastique (5 cas) : les cellules sont de taille plus grande à noyau moins chargé en chromatine.

2/ Réticulo-sarcomes : 12 cas : 8 de sexe féminin, 8 de sexe masculin.

La prolifération se fait sous forme de nappes ou de coulées cellulaires denses, riches en mitoses, à stroma réduit au réseau capillaire.

Les deux variétés classiquement décrites sont présentes dans notre série.

a - Réticulo-sarcome symplasmique (5 cas). Les cellules peu différenciées ont leur cytoplasmes fusionnés en une masse commune étendue dans laquelle sont plongés les noyaux clairs nucléolés. L'aspect réalisé aux colorations usuelles est parfois très similaire à la variété pseudo-symplasmique d'un carcinome épidermoïde à cellules de type transitionnel. L'imprégnation argentique permet de les différencier montrant un liseré réticulinique péri-alvéolaire net dans le cas d'un carcinome, une trame réticulinique discontinue très tenue, localisée autour des lacunes irrégulières séquelles de la structure normale dans le cas d'un réticulo-sarcome.

b - Réticulo-sarcome dictiocytaire (7 cas). Les cellules réticulaires différenciées ont leur cytoplasme bien individualisé. L'aspect peut être monomorphe ou polymorphe. Dans les deux cas la confusion peut être faite avec un carcinome anaplasique. Ici aussi la coloration à l'argent est d'un grand intérêt; la trame réticulinique bien que très irrégulière et discontinue existe dans le réticulo-sarcome dessinant çà et là des engainements mono-cellulaires; elle est complétement effacée dans les carcinomes. Cependant dans le cas d'une infiltration non plus en nappe mais diffuse en éléments monocellulaires ou en fines travées, le diagnostic différentiel est pratiquement impossible.

3/ Lympho-réticulo-sarcomes : nous conservons cette étiquette confortable pour 3 de nos cas qui présentent une prolifération de cellules qui semblent être à la fois de type lymphocytaire et de type réticulaire. En fait ces tumeurs sont soit des lympho-sarcomes soit des réticulo-sarcomes; l'identification exacte de la prolifération aurait du être établie par une analyse cytologique.

4/ Maladie de Hodgkin : un seul cas chez une femme de 30 ans.

L'aspect est celui d'un paragranulome hodgkinien, sous un épithélium de type épidermoïde, le chorion est occupé par une nappe cellulaire diffuse polymorphe constituée de lymphocytes, plasmocytes, histiocytes, de nombreuses cellules réticulaires malignes avec parfois des noyaux monstrueux, une seule cellule de Sternberg typique avec ses noyaux en miroir et ses nucléoles en oeil d'oiseau. Les polynucléaires éosinophiles sont très rares. La fibrose très discrète.

Rappelons que la forme sarcomateuse de la maladie de Hodgkin au niveau du naso-pharynx comme dans ses autres localisations peut être confondue avec un réticulo-sarcome.

5/ Plasmocytome : un seul cas possible, chez une femme de 61 ans. Le fragment dont nous disposons est en grande partie nécrosé, surinfecté, présentant des remaniements calciques. On y distingue cependant des foyers de cellules néoplasiques globo-cellulaires évoluant vers la différenciation plasmocytaire, cytoplasmes nettement acidophiles, noyaux rejetés en périphérie bourgeonnants pour la plupart éliminant ainsi la possibilité d'une simple plasmocytose réactionnelle. En effet la confusion avec une plasmocytose inflammatoire est très facile au niveau de la muqueuse naso-pharyngée ou la stroma réaction lymphoïde peut contribuer à parfaire l'image d'un granulome inflammatoire.

Le diagnostic différentiel avec une autre tumeur maligne est beaucoup moins évident dans notre cas. D'après Fruhling et Chadli " certains éléments tumoraux d'un épithélium glandulaire (hypophyse, parotide, glandes séro-muqueuses du

tractus respiratoire supérieur, pancréas, etc...) peuvent dans certaines conditions, rétraction consécutive à une mauvaise fixation autolyse, écrasement, etc... en imposer pour une prolifération globo-cellulaire de plasmocytes tumoraux ".

2°) Les autres sarcomes.

1/ Fibro-sarcome : un cas intéressant une jeune fille de 19 ans. Il s'agit d'une prolifération très dense d'architecture fasciculée irrégulière, les cellules sont fusiformes de type fibroeytaire présentant quelques irrégularités nucléaires et engainées par un stroma collagène plus ou moins dense suivant les zones. La vascularisation est assurée à la fois par des vaisseaux à paroi propre et des lacunes vasculaires. La coloration de la réticuline montre un dessin sarcomateux monocellulaire, éliminant la possibilité d'un carcinome à cellules fusiformes.

La coloration de Regaud négative, fait repousser l'éventualité d'un sarcome musculaire.

Le diagnostic différentiel avec une tumeur bénigne des fibres nerveuses ne se pose plus devant l'évolution de la tumeur avec atteinte des nerfs craniens, métastase au niveau du crâne.

2/ Sarcome musculaire : un seul cas, homme de 38 ans.

La tumeur est constituée d'une prolifération en nappe de cellules d'une très grande variété en formes et en tailles, cellules rondes à noyau unique monstrueux, cellules

rubannées à un ou plusieurs noyaux disposés en pile, formes intermédiaires plus ou moins ovalaires parfois munis d'un petit prolongement réalisant la forme en têtard, cellules géantes à noyaux monstrueux. Tous ces éléments sont caractérisés par un cytoplasme abondant éosinophile. L'aspect est très évocateur d'un rhabdomyosarcome. Cependant si la coloration de Regaud révéle dans certaines cellules la présence de formations fibrillaires qui confirment l'origine musculaire de ce sarcome, elle ne visualise pas de façon évidente la double striation qui seule permet de poser le diagnostic de rhabdomyosarcome.

3/ Sarcome botryoïde : un cas chez une fillette de 12 ans.

L'aspect général est trompeur : bourgeon conjonctivo-vasculaire lâche, oedémateux, infiltré de quelques éléments cellulaires et revêtu d'un épithélium pavimenteux kératinisé, le diagnostic de polype banal avait été porté. En fait une analyse plus prolongée permet de reconnaitre une zone myxoïde avec éléments mésenchymateux, rameux, une dissémination de cellules sarcomateuses, polymorphes à cytoplasme abondant éosinophile à noyaux monstrueux. Parmi ces cellules certaines sont rubannées et se localisent de préférence sous l'épithélium de revêtement. L'origine musculaire de ces éléments est confirmée par la coloration de Regaud. L'ensemble est très évocateur d'un sarcome botryoïde.

4/ Enfin, parmi les sarcomes un cas n'a pu être étiqueté. Cette tumeur intéressant une fillette de 9 ans est constituée par une prolifération diffuse d'éléments à noyaux bourgeonnants. La nature sarcomateuse de cette prolifération est confirmée par l'imprégnation argentique qui montre une trame réticulinique dense avec engainement monocellulaire, mais la cytologie n'a pu être déterminée le prélèvement étant en partie grillé.

C - TUMEUR DYSEMBRYOPLASIQUE

Ce groupe semble être représenté dans notre série par une tumeur mamelonnée, dure, chez un homme de 48 ans. A l'examen histologique l'aspect est très caractéristique d'une prolifération améloblastique : lobules anastomotiques cernés d'une palissade de cellules cylindriques et constitués de cellules étoilées ou fusiformes plus ou moins dissociées par une substance oedémateuse. On note une image de dyskératose; le bleu alcian est faiblement positif. Bien entendu un tel aspect peut aussi correspondre à une zone solide d'un craniopharyngiome. Il ne faut pas non plus négliger la possibilité d'une forme pseudo-adamantine d'un carcinome des glandes salivaires. Mais étant donné la localisation de la tumeur au toit du rhinopharynx, cette dernière éventualité semble fort peu probable.

D - CANCERS INCLASSABLES.

23 de nos cas n'ont pu être classés. Il faut distinguer deux sortes d'inclassables.

1°) Ceux dont la lecture est impossible :

- soit que le tissu tumoral souvent fragil ait été altéré au cours du prélèvement biopsique ou bien au cours des différentes techniques de laboratoire (5 cas);

- soit que le prélèvement trop parcimonieux ou trop superficiel n'ait intéressé que trop peu de tissu tumoral (6 cas).

2°) Ceux dont l'étiquetage reste impossible malgré les multiples colorations employées et les lectures répétées (11 cas).

- Pour 6 de nos cancers, il a été impossible de trancher entre réticulo-sarcome et carcinome indifférencié.

- Dans un autre cas il s'agissait d'une prolifération diffuse de cellules fusiformes dont la trame réticulinique à larges mailles, discontinue, est d'interprétation délicate.

- 2 prélèvements ganglionnaires présentaient une infiltration par des éléments cellulaires néoplasiques disséminés.

Enfin dans 2 cas où le diagnostic de réticulose maligne avait été évoqué pour une prolifération riche en éléments réticulaires dystrophiques, la possibilité d'une simple réticulose réactionnelle ne pouvait être écartée.

III - INCIDENCE RELATIVE DES DIFFERENTES FORMES HISTOLOGIQUES

La lecture du tableau XIII nous permet une première remarque. Nous avons 73,5 % de carcinomes pour 14,5 % de sarcomes soit approximativement 5 fois plus de carcinomes que de sarcomes.

Cette faible fréquence des sarcomes par rapport aux carcinomes est rapportée par tous les auteurs. Cependant sa valeur varie dans de larges limites selon les régions (Tableau XIV). Les sarcomes du naso-pharynx sont extrêmement rares en CHINE (0,9 %) alors que dans certains pays d'Europe

TABLEAU XIII : Incidence relative des différentes formes histologiques.

TYPE DE CANCER	POURCENTAGE DE CAS	
CARCINOMES		73,5%
carcinomes épidermoïdes	61 %	
- différenciés	20,5%	
- à cellules de type basal	9 %	
- à cellules de type transitionnel	17 %	
- polymorphe	14,5%	
adénocarcinomes	1,5%	
carcinomes indifférenciés	11 %	
SARCOMES		14,5%
sarcomes lympho-réticulaires	12,5%	
- lymphosarcomateux	4 %	
- réticulosarcomes	6 %	
- lymphoréticulosarcomes	1,5%	
- plasmocytome	0,5%	
- Hodgkin	0,5%	
Autres sarcomes	2 %	
- sarcomes musculaires	0,5%	
- sarcomes botryoïdes	0,5%	
- fibro-sarcomes	0,5%	
TUMEUR DYSEMBRYOPLASIQUE		0,5%
INCLASSABLES		11,5%

et aux USA cette fréquence est nettement plus élevée, se situant aux alentours de 30 %.

TABLEAU XIV

AUTEURS		CARCINOMES	SARCOMES
Yeh (Formose)		99 %	0,9%
Garnjana Goonchon (Thailand)		97 %	2,3%
Pantangco (Phillipines)		95 %	5 %
Djojoranoto (Indonésie)	Chinois	89,4%	10,4%
	Indonésien	84,5%	15,4%
Wahi (Indes)		64 %	22,2%
Godtfregson (Scandinavie)			28,8%
New et Stevenson (USA)			33,1%
Linsell (Kenya)			14 %
Série personnelle		73,5%	14,5%

La seconde remarque est que parmi les carcinomes 61 % sont des épidermoïdes et 11 % indifférenciés alors que seulement 1,5 % sont des adéno-carcinomes. Les localisations naso-pharyngées des carcinomes glandulaires semblent en effet très rares. Yeh rapporte une incidence de 1,7 %, Djojopranoto de 2,4 %, Garnjano-Goonchon de 2,1%. La comparaison avec les séries étrangères est difficile à faire pour les autres carcinomes car les classifications diffèrent d'un auteur à l'autre.

En ce qui concerne les sarcomes, les plus fréquents sont les sarcomes lympho-réticulaires avec 12,5% des cas alors que les autres sarcomes représentent seulement 2% des cas. Ceci est conforme à ce qui a été rapporté ailleurs même dans la série Yeh ou les sarcomes sont exceptionnels sur 11 cas 10 sont des "malignant lymphomas " et un seul fibro-sarcome.

IV-INCIDENCE DES FORMES HISTOLOGIQUES SELON L'AGE ET LE SEXE.

Incidences qui nous sont données par le tableau XV.

A - Incidence selon l'âge (par tranches d'âge de 5 ans).

1°) Carcinomes.

Si les carcinomes épidermoïdes dans leur ensemble intéressent tous les âges et prédominent entre 50 et 54 ans, chaque type de carcinome épidermoïde semble présenter une incidence particulière.

- Les carcinomes épidermoïdes différenciés n'apparaissent qu'à l'âge adulte et atteignent un maximum entre 50 et 54 ans.

- Les carcinomes épidermoïdes de type basal semblent intéresser tous les âges (sauf le jeune enfant) avec une égale fréquence.

- Les carcinomes épidermoïdes de type transitionnel intéressent tous les âges et semblent atteindre électivement les sujets jeunes entre 10 et 24 ans.

- Les carcinomes épidermoïdes polymorphes présentent la même courbe que les carcinomes épidermoïdes en général ; tous les âges sont intéressés avec un pic entre 50 et 54 ans.

- Les carcinomes indifférenciés se rencontrent à tous les âges avec une égale fréquence.

2°) Sarcomes.

Au niveau du naso-pharynx les âges concernés sont les mêmes que dans les autres localisations :

- les lymphosarcomes atteignent le jeune enfant et l'adulte âgé.

- le réticulo-sarcome intéresse tous les âges.

B) - Incidence selon le sexe :

Le plus grand nombre de cas de sexe masculin se retrouve dans toute les formes histologiques sauf pour les adénocarcinomes ou nous avons 2 femmes pour 1 homme et pour les sarcomes mésenchymateux avec 3 femmes pour 1 homme.

TABLEAU XV : INCIDENCE DES FORMES HISTOLOGIQUES SELON L'AGE ET LE SEXE

Type histologique	Nombre total	Nombre total par sexe		0 - 4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		50-54		55-59		60-64		65-69		70-74		75-79	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
CARCINOMES	147																																		
Carcinomes épidermoïdes	122																																		
carc. épid. différencié	41	34	7									1				2	1	2	1	2		3		11	2	5	1	3		5		1			
carc. épid. à cel. type basal	18	12	6					2			1					1		1	1	1	1	1	1	1	1	2		1	1			1			
carc. épid. à cel. type transit.	34	25	9			1		6		2	2	4	1		3	1	1	2		2				2		2		1	1	2					
carc. épid. polymorphes	29	21	8					2	1	2			1		2	1	1	1	1	2				9	1	1		1		1		1		1	
Adéno-carcinomes	3	1	2																				1				1								
Carcinomes indifférenciés	22	16	6						2				1			2				2		3		2	2	2		1	1	1		2		1	
SARCOMES	29																																		
Sarcomes lympho-réticulaires	25																																		
lympho-sarcomes	9	9				2		1																1						3		1			
réticulo-sarcomes	12	9	3					1		1	1	1		1				1		1		1			1	1			1						
lympho-réticulo-sarcomes	3	3						1										2																	
plasmocytome	1		1																										1						
Hodgkin	1		1													1																			
Autres sarcomes	4																																		
sarcome mucoulaire	1	1																1																	
sarcome botryoïde	1		1						1																										
fibro-sarcome	1		1								1																								
sarcome non étiqueté	1		1			1																													
TUMEUR DYSEMBRYOPLASIQUE																																			
Adamantinome	1	1																				1													
INCLASSABLES	23																																		

H I S T O P R O N O S T I C

La possibilité et la nature d'une relation entre le type histologique et l'évolution de la tumeur auraient été des éléments très importants à connaître et à déterminer. Ils nous auraient peut être permis d'aboutir à une classification d'application pratique probablement plus intéressante que celle que nous avons proposée plus haut. Malheureusement en raison du stade généralement avancé de la maladie quand le traitement est entrepris, de l'indocilité de beaucoup de malades (certains refusent le traitement, d'autres sont perdus de vue après le traitement, enfin le traitement lorsqu'il est accepté n'est pas toujours suivi régulièrement), aucun chiffre précis ne peut être avancé quand à l'évolution.

Nous avons représenté sur le Tableau XVI l'évolution chez 50 malades selon le type histologique de la tumeur. Si nous ne tenons compte que des malades revus après traitement et de ceux qui sont décédés au total 29 dont 22 carcinomes et 7 sarcomes; nous constatons que relativement les sarcomes sont de très mauvais pronostic, 6 décès, en particulier les lymphosarcomes avec 3 décès dans l'année. Les carcinomes bien que de pronostic moins sombre dans l'ensemble peuvent avoir une évolution très rapidement fatale. On note 2 décès dans l'année (un carcinome indifférencié et un carcinome épidermoïde à cellules transitionnelles). Yeh rapporte les chiffres de 83,33 % de morts dans l'année pour les sarcomes et entre 12 % et 55 % de décès dans l'année pour les carcinomes.

L'évolution des carcinomes quelque soit le type histologique est marquée par des récidives à plus ou moins

EVOLUTION SELON LE TYPE HISTOLOGIQUE

Type histologique	Au-dessus de tout traitement	Refus de traitement	Non revus après traitement	Revus après traitement	Décédés
Carcinomes épidermoïdes différenciés type spinocellulaire	2	2	4	3 récidives dans l'année 1 récidive après 3 ans.	1 - 21 mois après hospitalisation.
Carcinomes épidermoïdes à cellules de type basal	2		1	2 récidives dans l'année 1 récidive après 2 ans.	
Carcinomes épidermoïdes à cellules de type transitionnel			5	4 récidives dans l'année 1 excellent résultat après 3 ans.	1 - 3 mois après hospitalisation.
Carcinomes épidermoïdes polymorphes	1	1	3	1 bon état après 1 an.	1 - 9 mois après hospitalisation.
Carcinome indifférencié			1	3 récidives dans l'année 1 récidive après 3 ans 1 bon résultat après 1 an.	1 - 1 an après début clinique.
Lymphosarcomes					3- 4 mois après hospital. 1 mois après hospital. 1 mois après hospital.
Réticulo-sarcomes			1	1 mois après traitement, très mauvais état général.	2 - 1 an après début clinique. 2 ans après début clinique.
Fibro-sarcome					1 - 7 mois½ après début clinique
TOTAL	5	3	15	18	10

longue échéance. Le plus souvent dans l'année (12 cas) plus rarement après la seconde année (1 cas) ou la troisième année (2 cas). Des récidives très tardives des carcinomes du naso-pharynx ont été signalées par certains auteurs :

Godtfredson - 6 cas de récidives entre 5 à 8 ans après traitement;

Veath - 1 cas de récidive 11 ans après traitement;

Wang et Al - 2 cas de récidives entre 8 et 12 ans après traitement.

Dans notre série nous ne relevons aucun cas de survie à 5 ans. Nous notons cependant un cas d'évolution favorable 3 ans après traitement. Il s'agit d'un carcinome épidermoïde à cellules transitionnelles; nous nous garderons bien de généraliser à partir d'un cas bien que ceci nous emmène au coeur de la discorde qui existe entre les auteurs quand à l'histopronostic des carcinomes du naso-pharynx.

Pour Frank et Al les carcinomes à cellules transitionnelles et les carcinomes atypiques comprenant les lympho-épithéliomas ont un meilleur pronostic que les carcinomes épidermoïdes de type spino-cellulaire. Pour Lenz la survie à 5 ans est plus élevée pour les lympho-épithéliomas (35,3%) que pour les autres carcinomes (14,28%). Tandis que pour Snelling la survie à 5 ans est approximativement la même (21,3%) pour les lympho-épithéliomas et pour les carcinomes épidermoïdes. Pour Vaeth's cette survie est moins élevée pour les lympho-épithéliomas (27,7 %)que pour les carcinomes à cellules transitionnelles (30,3%). Scanlan donne une survie à 5 ans de

22 % dans les formes différenciées et de 32 % dans les formes indifférenciées. Enfin Yeh après avoir étudié l'évolution de 512 patients traités par radiothérapie arrive à la conclusion qu'il n'existe aucune relation entre le type histologique du cancer et son pronostic. Dans l'établissement d'un pronostic seul le stade d'évolution de la tumeur doit être pris en considération Yeh rapporte les résultats suivants de survie à 5 ans :

au stade 1 (Tumeur localisée) 77,77 %

au stade 2 (tumeur localisée plus métastases cervicales) 22,83%

au stade 3 (infiltration des nerfs craniens, invasion de la base du crâne, métastases à distance) 15,68%

CONCLUSION

Réunies au Laboratoire Central d'Anatomie Pathologique du Centre Hospitalier et Universitaire d'Alger de Janvier 1963 à Décembre 1967, 200 tumeurs malignes du naso-pharynx dont 65 complétées par des observations cliniques ont fait l'objet de ce travail. Au terme de cette étude que nous avons voulu surtout anatomo-pathologique si beaucoup de points restent malheureusement incertains quelques faits cependant se dégagent.

- Le cancer du naso-pharynx occupe une place importante dans la pathologie cancéreuse en Algérie. L'incidence de 4,9% par rapport aux autres tumeurs malignes se situe parmi les plus élevées dans le monde après la Chine et quelques autres pays d'Extrême Orient.

- La nette prédominance masculine (ici 3 hommes atteints pour 1 femme) de même que la survenue à tous les âges avec un maximum chez l'adulte âgé (ici entre 50 et 54 ans) sont des éléments statistiques invariablement signalés dans les autres régions du monde. Il n'en est pas de même de la relative fréquence que nous avons constaté chez l'enfant

(16 % des malades ont moins de 20 ans avec un pic entre 10 et 14 ans) ce fait semble particulier à certains pays seulement (USA - TUNISIE).

Notre tentative de répartition géographique est peu concluante. L'apparente prédominance de cette affection au Nord du pays reste à vérifier par une enquête épidémiologique approfondie.

La localisation primitive préférentielle de la tumeur, latérale (31% des cas) latéro-supérieure (20% des cas) supérieure (11% des cas) de même que l'aspect macroscopique le plus souvent exophytique (87 % des cas) sont des traits bien connus de tous les auteurs.

L'évolution de ces cancers est caractérisée comme il est décrit classiquement par :

- un stade local silencieux (seulement 8 % de nos malades ont été observés à ce stade). Ce début sournois explique le délai diagnostic parfois très long (ici en moyenne de 6 mois);

- un début clinique marqué par des adénopathies (42 % de nos cas) des signes rhinologiques (21 %

de nos cas) otologiques (16 %) et neurologiques (16 %);

- un envahissement néoplasique régional (74 % des cas) se faisant surtout vers l'oropharynx, les fosses nasales, les conduits auditifs, la base du crâne et les nerfs craniens;

- des métastases (83% des cas), métastates ganglionnaires cervicales souvent précoces et métastases lointaines.

Il faut cependant noter dans notre série :

- les fortes fréquences de l'infiltration des nerfs craniens (77 % des cas) aspect particulièrement grave de la maladie et des métastases ganglionnaires cervicales (83 % des cas);

- la relative rareté des autres métastases ganglionnaires (13 %) et des métastases par voie sanguine (13 %) en relation probable avec un défaut de moyens d'investigations en particulier l'absence d'études nécropsiques systématiques.

L'histologie des cancers du naso-pharynx dans notre pays comme ailleurs est dominée par les carcinomes (73,5% de nos cas). Nous avons retrouvé dans notre matériel biopsique la plupart des types morphologiques décrits dans la

littérature sous des dénominations parfois diverses. L'étude des carcinomes qui au premier abord parait très complexe se trouve largement simplifiée si l'on considère que de nombreux aspects microscopiques ne sont que des flexions morphologiques d'un même type de tumeur. C'est ainsi que les carcinomes à petites cellules et les carcinomes à cellules fusiformes sont en fait constitués par des cellules de même souche de type basal plus ou moins allongées; les lympho-épithéliomas qu'ils soient de type Schmincke ou de type Regaud ne sont qu'une forme à stroma lymphoïde de carcinomes à cellules transitionnelles.

De plus tenant compte des acquisitions actuelles de la microscopie électronique en ce domaine et de nos observations en microscopie optique, nous avons étendu le groupe des carcinomes épidermoïdes (61% des cas) aux carcinomes à cellules de type basal, aux très caractéristiques carcinomes à cellules de type transitionnel et aux carcinomes épidermoïdes polymorphes.

Toutes ces tumeurs sont encore décrites par un certain nombre d'auteurs comme des carcinomes indifférenciés. Nous n'avons conservé dans ce dernier groupe que les néoplasies présentant une trame réticulinique épithéliomateuse et dans lesquelles nous n'avons pu observer malgrés des recherches minu-

tieuses aucune ébauche de morphologie épidermoïde (de type spino-cellulaire, basal ou transitionnel) ou de morphologie glandulaire. Il ne faut cependant pas oublier que la biopsie de taille très réduite peut n'avoir intéresser qu'une zone indifférenciée d'un carcinome qui plus loin est différencié. Aussi l'incidence relative de 11 % que nous avons avancé pour les carcinomes indifférenciés doit être interprétée avec prudence.

Bien que cinq fois moins nombreux que les carcinomes, les sarcomes sont dans notre pays avec une incidence relative de 14,5 % nettement plus fréquents qu'en Extrême Orient (0,9% seulement dans la série de Yeh), aussi méritent-ils une certaine attention. Si tous les sarcomes peuvent se rencontrer au niveau du naso-pharynx, ce sont les sarcomes lympho-réticulaires (12,5%) qui prédominent. Les réticulosarcomes surtout lorsqu'ils sont indifférenciés ne sont pas faciles à distinguer des carcinomes épidermoïdes à cellules transitionnelles ou des carcinomes indifférenciés diffus. La coloration par l'argent de la trame réticulinique est souvent d'interprétation très délicate.

Malgré les multiples colorations histochimiques et les lectures répétées les difficultés d'étiquetage

histologique précis persistent assez nombreuses comme en témoigne le nombre de nos cas inclassables : 11,5 %.

Le problème très débattu de l'histopronostic demande pour être résolu une certaine homogénéité dans les classifications et les traitements. En ALGERIE dans les conditions actuelles il parait illusoire d'envisager une telle étude.

BIBLIOGRAPHIE

1 - ACKERMAN et DEL REGATO - Cancer; diagnostic; traitement et pronostic - 2 d éd. St Louis, Mo. the cv Mosby company 1954 (p. 328 - 355).

2 - ATKINSON and SCOTT - Cancer of nasopharynx in Australia 1953-1963 - VICC monograph series - cancer of the nasopharynx - symposium 1966.

3 - ALI MY - Distribution and character of the squamous épithélium of the human nasopharynx - VICC monograph series vol. 1 - cancer of the nasopharynx symposium 1966.

4 - BACLESSE F. - Les cancers du rhinopharynx - Ann. oto. laryngo Paris, 73, 509-520, 1956.

5 - BAILAR S.C. - Race, environnement, and Family in the epidémiology of cancer of the nasopharynx - VICC monograph series vol. 1, cancer of the nasopharynx. Symposium 1966.

6 - BIRELL J.F. and AL - Glioma of the nasopharynx. J. Laryngo - 80 : 1182 - 6 Nov. 1966.

7 - BONNE C. - Reticuloendothelioma - lymphoglandulae colli lateralis - Geneesk. T. Med. Ind 74, 692-693 (1934).

8 - BRANCADORO P. et AL - Primary malignant tumours of the rhinopharynx, histological, clinical and radiological aspects - Munt Radiol 32 : 497-522 Juin 1966.

9 - BREHANT et coll/. Esquisse de la physionomie du cancer en Algérie.
Bulletin Algérien de carcinologie, 1961.

10 - BRUCKNER L. and AL - Tumors of the nasopharynx ceste otolaryng. 14 : 296-300 Oct. 1965.

11 - CAMMOUM M. - Tumeurs du nasopharynx en Tunisie.
Tunisie Médicale T. 49 n°3 Mai-Juin 1971.

12 - CAPPELL DF. - On lympho-épithélioma of nasopharynx and Tousils. J. Path. Bact. 39, 49-64, 1934.

13 - CAPPELL DF. - Pathology of nasopharyngeal tumors. J. Laryng otol. 53 : 558-580, 1938.

14 - CHADLI - Etude histologique et fréquence du cancer du cavum en Tunisie. Méd. Af. Noire Sénégal 13, n°12, 391-2,1966.

15 - CHERRY J. et AL - Cancer of the nasopharynx.
Maryland Méd. J. 15 : 69-71 sept. 1966.

16 - CLIFFORD P. - Carcinoma of the nasopharynx in Kenya.
E Af. Med. J. 42 : 373-96 Juil. 1965.

17 - CORTESINA G. - Malignant tumors of the nasopharynx.
Cancro 18 : 307-35, 1965.

18 - CROOK J.P. - Nasopharyngeal teratoma.
J. Tenn. Med. Ass. 58 : 372-3, Nov. 1965.

19 - DERIGS P. - Lympho-épitheliales carcinom des rachens mit metastasen - Virchows arch path Anat. 244, 1-22 (1923)

20 - DISHOECK H.A. - Unrecognised malignant tumors of the nasopharynx - Nederl T geneesk 110 : 1409-11 Aug. 1966.

21 - DJOJOPRANCTO M. - Nasopharyngeal cancer in East Java (Indonesia) VICC monograph series vol.1 cancer of the nasopharynx. Symposium 1966.

22 - DURAND FARDEL - Cancer du pharynx- ossification de la substance musculaire du coeur - Bull. Soc. Anat. Paris 12, 73-80 (1837).

23 - EVERBERG G. et AL - Lymphoépithelioma of the nasopharynx cervical adenopathy diagnosis late - Acta otolaryng (Stockholm) 64: 213-8 Sept. 1967.

24 - EWING J. - Lymphoépithelioma - Amer J. Path.5, 99-197(1929).

25 - FAYE JACOBSON - Rhinopharyngeal chordoma report of case. Acta otot laryngol. Suede (1964) 58 n°2-3,239-46.

26 - FILIPO - Atti del XXXVIII Cong. Soc. Ital. L.O.R. 1950.

27 - FRANK et AL - Transitional cell carcinoma of upper respiratory tract - Ann. Otol. Rhin. Laryng. 50 : 393-420,1941.

28 - FRUHLING et CHADLI - Le sarcome plasmocytaire extrasquelettique - Ann. d'Anat. Path. Paris t 8, n°2, 317-316,1963.

29 - FURSTENBERG - Malignant neoplasms of nasopharynx. Surg. Gyn. Obst. 66, 401-404, 1938.

30 - GARNJANA GOONCHORN - Nasopharyngeal cancer at Suiraj Hospital Dhonburi, Thailand. VICC series vol.1. Cancer of the nasopharynx Symposium 1966.

31 - GEIST and PORTMANN - Primary malignant tumors of nasopharynx. Am. J. Roentgenol 68 : 262-271, 1952.

32 - GHOSSEIN Na and AL - Hodgkin's disease of the nasopharynx Report of a case. Laryngoscope 77 : 247-51,Feb. 1967.

33 - GODTFREDSON E. - Opthalmologic and neurologic symptoms at malignant nasopharyngeal tumours; clinical study comprising 454 cases; with special reference to histopathology and possibility of earlier recognition. Acta psychiat - Neurol Scandinav Suppl 34: 1-323,1944.

34 - HAIR G.E.- Cylindroma (adenoïd cystic carcinoma) of the Upper air passages two cases report. Laryngoscope 77 : 1714-22 Sept 1967.

35 - HAUSER and BROWNELL - Malignant neoplasms of nasopharynx. JAMA 11 : 2467 - 2473, 1938.

36 - HARVEY and AL - Debatable tumours in human and animal pathology. I lymphoépithelioma. Edin Med. J. 44, 549-556, 1937.

37 - HEITZMANN - In Bosworth FH (a treatise on diseases of the nose and throat, vol I Wood New York 1889.

38 - HELLAL M.T. - Le cancer du nasopharynx dans l'Ouest Algérien. Thèse Oran 1969.

39 - HO, HC - Nasopharyngeal carcinoma in Hong Kong. VICC monograph series vol. 1. Cancer of the nasopharynx Symposium 1966.

40 - JACKSON C. - Primary carcinoma of the nasopharynx : a table of cases. J. Amer Med. Ass. 37, 371-377 (1901).

41 - JOLLY J.- La bourse de Fabricius et les organes lymphoépithéliaux. Arch. Anat. Micr. Morph. Exp.16,363-547 (1914 - 1915).

42 - KROMPECHER E. - Der Basalzellenkrebs, Fischer, Jena (1903).

43 - LAWLEY M.- Nasopharyngeal carcinoma. M.J. Malaya 10 :126-156 1955.

44 - LEDERMAN M. - Cancer of the nasopharynx. Thomas Springfield 1961.

45 - LIANG PC, CH'EN CC, CHU CC, HU YF, CHU HM et TSUNG Y.S.- The histopathologic classification, biologic characteristics and histogenesis of nasopharyngeal carcinoma. Chin. Med. J. 81 n°10, 629-58, 1962.

46 - LIANG PC.- Studies on nasopharyngeal carcinoma in chinese : statistical and laboratory investigations. Chin. Med. J. 83, 373-390, 1964.

47 - LINSELL CA.- Nasophrayngeal cancer in Kenya (pathology) Brit J. Cancer 18, n°1, 49-57, 1964.

48 - LOKE YW - Lympho-epitheliomas of the cervical lymph nodes. Brit.J. Cancer 19, n°3, 482-5, Sept 1965.

49 - LOKE YW - Nasopharyngeal cancer in the Malays. Brit. J. Cancer 20, 226-30 Juin 1966.

50 - LOTZBECK C.- Primäres carcinoma der Schilddrüse. Carcinom des unterkiefers und des Schadelbasis. Tod unter Blutungen. Dtsch. Klin (Berlin)12,122-123 (1859).

51 - MABRY RL. - Lymphoid pseudotumeur of the nasopharynx and larynx. J. Laryng 81 : 441-3 Apr. 1967.

52 - MARTIN HE, and BLADY JV.- Cancer of nasopharynx. Arch. Otol 32 : 692-727, 1940.

53 - MELON J. et AL - A case of rhinopharyngeal teratoma. Acta oto rhinolaryng Belg. 19 : 351-5, 1965.

54 - MICHAUX L. (1845)- Carcinome de base du crâne - cited by Godtfredson E. (1944) Loc. cit.

55 - MILLER - Nasopharyngeal cancer - The laryngoscope March 1951.

56 - MIYAJI T.- Carcinoma of the nasopharynx and Related Organs in Japan based on mortality, morbidity and autopsy studies VICC monograph series - cancer of the nasopharynx- Symposium 1966.

57 - MOGGI - Tumeurs malignes ches les indigènes. Bull. Med. de l'Algérie, 2ème série, 20 juin 1905, n°12,p.409.

58 - MOORE WF et AL - Rare tumors of the ear, nose and throat. Laryngoscope 77 : 599-635, Apr. 1967.

59 - MUIR CS et SHANMUGARATNAM - The incidence of nasopharyngeal cancer in Singapore. VICC monograph séries - cancer of the nasopharynx Symposium 1966.

60 - NEW and KIRCH - Tumors of nose and throat : a review of literature. Arch. otolaryng 8, 600-607, 1928.

61 - NEW and STEVENSON - End results of treatment of malignant lesions of nasopharynx - Arch. otolaryng, 38, 205-209 1943.

62 - NIELSON - Roentgen treatment of malignant tumors of the nasopharynx. Acta radiol. (Stackh)26,133-154 (1945).

63 - NIKHINSON - Case of primary multiple tumor with lesion of the nasopharynx - Zh ushn nos gorl Bolez 25:78-9,1965.

64 - OTTO HD - BOCKMUHL and HEROLD H.J.- Malignant tumors of the epipharynx in the DDR betwen 1954 ans 1958.DTSCH. GESUNDH-WES 22-31, 1967.

65 - PANG LQ - Malignant lymphoma of the nasopharynx. Trans Pacif Coast oto ophtal soc 46 : 301-10, 1965.

66 - PANTANGCO, BASA and CANLAS - A survey of nasopharyngeal cancers among Filipinos : a review of 203 cases. VICC monograph series cancer of the nasopharynx Symposium 1 1966.

67 - PECH A.- Tumeurs malignes du rhinopharynx.Thèse Marseille1954.

68 - PIMPINELLA RJ et AL - Leiomyosarcoma of nose, nasopharynx and paranasal sinuses. Ann. Otol.74 :623-30 Sept 1965.

69 - PONCET P.- Melanomes in ORL. Prob. actuel otorhinolaryng. 113-28, 1965.

70 - QUICK et CUTLER- Transitional cell epidermoïd carcinoma - Surg Gynec. Obst. 45, 320-331 (1927).

71 - RAO PB - Malignant tumors of nasopharynx in Delhi J. Laryng 80 : 151-9, Feb 1966.

72 - REGAUD C. and REVERCHON L.- Sur un cas d'épithélioma épidermoïde développé dans le massif maxillaire supérieur étendu aux téguments de la face, aux cavités buccale, nasale et orbitaire, ainsi qu'aux ganglions du cou, guéri par la curietherapie. Rev.Laryng.42:369-378,1921.

73 - REYNOLDS JC.- Malignant tumors of the nasopharynx. T Kansas Med. Soc. 66 : 546-53, Dec 1965.

74 - SAVIE D and AL - Malignant melanomas of the upper respiratory tract. J. Franc otorhinolaryng 15 :39-44,Jan-Fev. 1966.

75 - SCANLON, DEVINE and WOOLNER - Malignant lesions of nasopharynx. Ann. Otol. Rhino-laryng 67 : 1005-1021, 1958.

76 - SCHEDD, ESSEN, EISENBERG - Cancer of the nasopharynx in connecticut 1935 throug 1959, cancer USA 20,n°4, 500-11, 1967.

77 - SCHMID H.- Weitere Erfahrungen über die buccale estirpation basilarer Rachengeschwülste. Prag Med. Wschr.6,261-264 (1981).

78 - SCHMINCKE A.- Veber lymphoepitheliale geschwülste. Beitr. path. Anat. 58, 161-170 (1921).

79 - SIMMONS and ARIEL - Carcinoma of nasopharynx; report of 150 cases. Surg. Gynec. Obst. 88:763-775, 1949.

80 - SHANMUGARATNAM and MUIR - Nasopharyngeal carcinoma : origin and structure VICC monograph séries cancer of the nasopharynx. Symposium 1966.

81 - SITBON - Le cancer du cavum.
Bulletin Algérien de carcinologie 1959.

82 - SMITH LC et AL - Cylindroma (adenoïd cystic carcinoma) a report of fifty eight cases. Amer J. Surg.110:519-26 Oct. 1965.

83 - SNELLING MD - Discussion on treatment of carcinoma of the nasopharynx. Proc. Roy. Soc.Med.43,547-560,1954.

84 - SNELLING - Malignant tumours of pharynx in Raven RW (Ed) Cancer, Vol 5 Butterworth London 1959.

85 - STUCCHI GF and AL - Chondrosarcoma of the nasopharynx (clinical contributions and considerations propos of one a case) Ann. Laring 65:152-8, Janv. Feb. 1966.

86 - SVOBODA and AL - The fine structure of nasopharyngeal carcinomas VICC monograph series. Cancer of the nasopharynx. Symposium 1966.

87 - THOMSON J.O. - Cevical lymphosarcomas with an analysis of 90 cases. China Med. J. 37, 1001-1010 (1923).

88 - TEOH TB.- Epidermoïd carcinoma of the nasopharynx among Chinese : a study of 124 necropsies. VICC monograph series. Cancer of the nasopharynx. Symposium 1966.

89 - TORI G.- Observazioni clinico-statistiche considerazioni critiche interno alla radioterapia der tumori rinofaringei, radioterapia radiologica e fisica medica volIV fasci II, 1951.

90 - VAETH JM.- Nasopharyngeal malignant tumors, 82 consecutive patients treated in period of 22 years.
Radiology 74 :364-372, 1960.

91 - VAN DISHOEE - Tumeurs malignes du nasopharynx non reconnues. Medeil. T geneeske 110 n°32, 1409-11 (1966).

92 - VEGA MF - Study of 55 cases of malignant tumors of the cavum. Acta oncol (Madrid) 4:181-93, Jul. Dec. 1965.

93 - VILAR P.- Nasopharyngeal carcinoma. A report on 24 patients seen over 6 years - scot Med. J. 11:315-8,Sept 1966.

94 - VRABEC DP.- Malignant neoplasms of the nasopharynx. Minn. Med. 49 - 635-41, Apr. 1966.

95 - WAHI PM.- Malignant tumours of the nasopharynx and accesory sinuses in India. VICC monograph series. Cancer of the nasopharynx Symposium 1966.

96 - WANG CC and AL - Cancer of the nasopharynx, its clinical and radiotherapeutic considerations. Cancer (Philad) 15 921-926 (1962).

97 - WEBB and AL - Solitary extra medullary myeloma (plasmocytoma) of the upper part of the respiratory tract and oropharynx. Cancer USA (1962)15,n°6, 1142-55.

98 - WILLIS RA - Pathology of tumours. 3° Edition. London 1960

99 - WRIGHT D.- Nasopharyngeal and cervical chordoma. Some aspects of their development and treatment. J. Laryng 81/12 (1337-1355) 1967.

100 - YEH SHU - Histological classification of carcinomas of the nasopharynx with a critical review as to the existence of lymphoepitheliomas.
Cancer USA (1962)15,n°5,895-920.

101 - ZAOLI G.- Le metastase dei tumori maligni del rinofaringe. Arch. Ital. di ORL Vol LXIV, Fasc 3, Mai-Juin 1953 p. 394.

T A B L E D E S M A T I E R E S

INTRODUCTION 1

MATERIEL ET METHODE 5

DONNEES STATISTIQUES 8

ETUDE MACROSCOPIQUE 17

Siège 18

Macroscopie 21

ASPECTS EVOLUTIFS 23

I - Stade local 24
II- Invasion directe 26
III Métastases 31

ETUDE HISTOPATHOLOGIQUE 37

I - Rappel 38
II- Aspects microscopiques 47
III- Incidence relative des formes histologiques 66
IV - Incidende des formes histologiques selon l'âge et le sexe 70

HISTOPRONOSTIC 73

CONCLUSION 78

BIBLIOGRAPHIE 85